

CONSIDÉRATIONS

SUR

N^o 65

LE TORTICOLIS MENTAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 Mai 1909

PAR

Pierre d'ALBIOUSSE-DORIÉ

Né à Uzès (Gard), le 4 avril 1882

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissotte

—
1909



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (*).
	Chargé de l'enseig ^t de
	pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (*).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie ..	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	RAUZIER.
	Chargé de l'enseignement
	de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, secrétaire.

Examineurs de la thèse :

MM. GRASSET, président.	MM. SOUBEYRAN, agrégé.
DUCAMP, professeur.	GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance et d'affection.

A MES FRÈRES

A MA BELLE-SOEUR

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

P. d'ALBIOUSSE-DORIÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

*Respectueux hommages et sentiments
de profonde reconnaissance pour toute la
bienveillance dont il a toujours fait preuve
à mon égard.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUCAMP
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

*Hommages et remerciements à celui
qui fut pour moi un maître aimé et
écouté.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAUSSEL

A TOUS MES MAÎTRES

P. d'ALBIOUSSE-DORIÉ.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LE TORTICOLIS MENTAL

HISTORIQUE

Le mot torticolis paraît remonter au XVI^e siècle, avec Rabelais qui, dans son immortel ouvrage, l'emploie à diverses reprises et dans des sens différents. Voici d'abord un passage, justement célèbre, où l'auteur explique comment Epistemon, qui avait la tête coupée, fut guéri habilement par Panurge : « Adonc, nettoya tres bien de beau vin blanc le col, et puis la teste, et y synapisa de pouldre de diamerdis, qu'il portoit toujours en une de ses fasques; apres les oignit de je ne scay quel oignement : et les afusta justement vene contre vene, nerf contre nerf, spondyle contre spondyle, afin qu'il ne fust *tortly colly*, car telles gens il haïssoit de mort. Ce faict, lui fit à l'entour quinze ou seize points d'agueille, afin qu'elle ne tombast de rechief; puis mit à l'entour un peu d'onguent qu'il appelloit resuscitatif. Soudain, Epistemon commença

respirer, puis ouvrir les yeulx, puis baisler, puis esterner, puis fit un gros pet de mesnage. Dont fist Panurge : « A ceste heure est-il guery asseurement, etc... » Ce passage fait évidemment allusion au torticolis par dislocation des vertèbres ou « spondyles ». Dans le suivant, il s'agit plutôt du torticolis musculaire banal qui suit les fausses positions prises durant le sommeil : « Et puis l'on ne fait que rebecquer *torty colli* fleuretant le dormir d'après disner. » Ailleurs, dans une tirade sur « le branslement de teste » qui est le signe de l'inspiration extatique, aussi bien des prophètes tures et des mages, des devins et de la Pythie, que des prêtresses de Bacchus et des druides, Pantagruel conclut : « Dond ainsi est dicte, selon les antiques théologiens, car *κυσιστήν* signifie rouer, tortre, bransler la teste et *faire le torti colli*. » Enfin, en parlant, « des gens de bos estat » comme « cagots, caffards, hypocrites, chatemittes, patepelues, *torticollis*, barbouilleurs de papiers », Rabelais fait de torticolis le synonyme des cagots et des hypocrites.

Ces citations sont intéressantes parce qu'elles montrent que le mot torticolis représentait pour Rabelais lui-même la plupart des significations que l'on trouve mentionnées ultérieurement dans les dictionnaires français à partir du XVIII^e siècle.

Il faut croire, d'ailleurs, que le *torti colli* ou *torty colly* de Rabelais avait peu frappé l'attention, puisqu'il n'est cité ni dans l'excellent ouvrage de Ranconnet et Nicot en 1806, ni dans le Lexique des étymologies médicales de Kraus, ni dans le Dictionnaire de l'ancienne langue française de Frédéric Godefroy. L'auteur qui semble plutôt avoir assuré la fortune du mot torticolis est Scarron, qui dans la première moitié du XVII^e siècle a écrit :

Mon pauvre corps est raccourci
Et j'ai la tête sur l'oreille ;
Mais cela me sied à merveille
Et parmi les torticolis
Je passe pour des plus jolis.

C'est à partir de cette époque que le mot *torticolis* semble avoir acquis droit de cité, mais on le gratifie de « mot bas » et la médecine l'ignore encore. Par exemple, voici tout ce que contient à son sujet le Dictionnaire de Furetière, en 1690 :

« *Torticolis* : qui n'a pas la teste droite sur les épaules, qui la penche d'un costé. Les fluxions nous rendent quelquefois *torticolli*. Les cagotz affectent de faire les *torticolis*, pour faire croire qu'ils sont en quelque espèce d'extase. » La même et seule signification, en 1728, est donnée par Pierre Richelet, à *torticolis* (*caput obstipum ferens distortum collum*) : « celui qui a le cou un peu de travers et la tête un peu penchante. »

Le mot *torticolis* ne va pas tarder cependant à entrer dans le langage médical. Le premier ouvrage de médecine où il figure est vraisemblablement la thèse de Jäger, soutenue à Turbingen en 1737. En 1741, dans son Traité d'orthopédie, Andry écrit au chapitre « col tourné ou roidi » : « c'est aussi quelquefois un rhumatisme ou *torticolis*, qui oblige l'enfant à tenir ainsi le col. » En 1743, le Dictionnaire de Trévoux note que *torticolis* « se dit aussi de la maladie qui fait pencher la tête d'un côté. »

En revanche, en 1747, dans le Dictionnaire universel de Médecine, par Diderot, Eidous et Toussaint, le mot *torticolis* ne figure point, et au mot *cervix* il n'est ques-

tion que du cou tortu. Mais, en 1765, l'Encyclopédie consacre un copieux article au torticolis, qui figure également en 1768, dans la Nosologie méthodique de Boissier de Sauvages : à partir de cette époque, le mot torticolis appartient définitivement à la langue française et à la médecine. Après cette étude sur le mot torticolis, cherchons quelle a été son histoire.

Dès l'antiquité gréco-latine, l'attitude penchée de la tête, d'ordre non pathologique (*caput obstipum*, *cervix rigida*), est signalée. Parlant de la démarche hautaine de Tibère, Suétone a écrit : « Incidebat cervix rigida et obstipa ». Ces vers d'Horace où il est dit : « Tiens-toi comme un valet de comédie, la tête basse et dans l'attitude de la crainte », etc., sont également connus :

..... Danus sis comicus atque
Stes capite obstipo, multum similis metuenti
Obsequio grassere.

De même, en faisant ironiquement allusion à l'attitude recueillie et penchée du philosophe en méditation, Perse a dit :

..... cerumnosique Solones,
Obstipo capite, et figentes lumine terram,
Murmura quum secum, et rabiosa silentia rodunt...

Quintilien, au livre XI de son *Institution oratoire*, consacre tout un passage à la façon dont il faut tenir la tête et le cou pour être bon orateur, et insiste particulièrement sur les défauts à éviter.

On connaît aussi le passage de Lucien qui, dans une satire « contre un ignorant qui achetait beaucoup de livres », lui dit qu'on le reconnaîtra toujours à son igno-

rance, de même qu'on reconnaît toujours un débauché, serait-il vêtu d'une peau de lion, « par la démarche, le regard, le son de la voix, le col penché, le mastic à épiler, le fard et le vermillon qui servent à sa parure efféminée ». Mais c'était le torticolis, par attitude physiologique voulue. Cependant le torticolis pathologique était bien connu, car Celse a écrit : « Le cou, dit-il dans son chapitre sur la maladie du cou, est sujet à des maladies extrêmement graves. Il n'en est pas de plus pénible et de plus aiguë que cette sorte de rigidité des nerfs (*rigor nervorum*) qui tient tantôt la tête renversée vers les épaules, tantôt le menton incliné vers la poitrine, tantôt le cou droit, immobile. Les Grecs appellent la première *ὑπισθύτωνος*, la seconde *ἐμπροσθύτωνος*, la dernière *τέτανος* ; quelques médecins, moins subtils, emploient ces mots indistinctement. Ces affections tuent souvent en quatre jours ; ce terme dépassé, elles sont sans danger. » Il est vraisemblable qu'un tétanos qui est sans danger au bout de quatre jours de durée, ne peut être autre chose qu'un torticolis rhumatismal.

Le torticolis non rhumatismal peut être le sujet de considérations analogues. Le torticolis articulaire était parfaitement connu d'Hippocrate, de Galien, d'Aétius, de Paul d'Egine, qui, parmi ses signes, mentionnaient l'angine vertébrale. Il en est de même du torticolis par spasme et du torticolis paralytique, qui sont cependant plus difficiles à identifier à cause de leur dissémination dans les chapitres différents.

Dans toute la période qui s'étend de l'époque gréco-latine jusqu'à la fin du XVI^e siècle, les idées ne diffèrent pas sensiblement de celles des anciens. Puis au XVII^e siècle le torticolis continue à être étudié dans le chapitre du spasme ou convulsion ou tiro, lequel, par abréviation,

se transforma en ticchio ou tico, en français tique, ticq et tic. On observe le torticolis musculaire, puis le torticolis spasmodique. Ensuite Jäger, dans son ouvrage, étudie le torticolis, soit congénital, soit acquis, permanent ou intermittent, et ce torticolis non douloureux semble, pour lui, devoir être séparé nettement du torticolis rhumatis-mal, aigu, douloureux. Mais il existe encore à cette époque une grande confusion. Les médecins de la première moitié du XVIII^e siècle ne s'entendent pas très bien sur la signification qu'il faut donner au mot torticolis, qui est alors un mot entré depuis peu, en somme, dans la langue courante. Finalement, l'usage qui prévalut fut de considérer comme torticolis le « cou de travers », quelle que soit la cause de cette déformation. Boissier de Sauvages, dans sa *Nosologie*, consacre cette façon de voir ; ainsi il décrit six variétés de torticolis : le torticolis renuant, le torticolis annuant, le torticolis catharral, le torticolis gibbeux, le torticolis latéral et le torticolis spasmodique. Celui-ci donna lieu à de nombreuses discussions, que nous n'énumérerons pas ici, et nous parlerons de suite d'un nouveau torticolis, le torticolis mental, qui date de nos jours. Avant de traiter la question du *torticolis mental*, nous allons énumérer les différentes opinions le concernant.

Depuis la leçon de Brissaud et la thèse de son élève Bompaire, le torticolis mental a été l'objet d'un nombre considérable de travaux. Comme son nom l'indique, le torticolis mental ne serait pas causé par l'irritation des nerfs du cou, et du nerf spinal en particulier, mais il s'agirait d'un trouble de l'idée ; de plus, d'après Bompaire, Meige et Feindel, ce torticolis mental serait un tic. Si l'assimilation du torticolis mental et du tic est loin d'être admise par tous les auteurs, en revanche l'influence

de l'état mental sur certains torticolis ne saurait être sérieusement contestée : à cette démonstration suffisent les faits de Meige et Feindel, de Sgobbo, de Souques, de Raymond et Janet, de Séglas, de Martin, de Briand, le rapport de Noguès au Congrès de Grenoble, en 1892, les thèses de Cugnet (élève de Lannois), de Montaigne, de Caudmont, les articles de Steyerthal et Solger, de Kollarits, etc.

Certains auteurs, tels que Ch. Féré, Isidor, Beduschi, Ziehen, Walton, Babinski, Pitres, n'acceptent pas sans réserves le torticolis mental.

Enfin M. le professeur Grasset voudrait remplacer le terme de *torticolis mental* par le terme de *torticolis psychique* à différents types. Ce nom prêterait moins à confusion, comme nous le verrons dans la suite de cette étude (1).

(1) Cette étude a été empruntée à M. René Cruchet dans son ouvrage : *Traité des torticolis spasmodiques*.

ETIOLOGIE

Le torticolis mental s'observe aussi bien chez les hommes que chez les femmes. D'après MM. Meige et Feindel on ne le trouverait pas chez l'enfant. Un cas de MM. Raymond et P. Janet aurait débuté vers quatorze ans.

Le plus souvent, le torticolis mental n'est pas accompagné d'autres tics. Cependant, on a pu voir le torticolis mental clôturer une série ininterrompue de tics dont les premiers remontaient à l'enfance. L'hérédité névropathique et psychopathique est constante; l'hérédité similaire est exceptionnelle (Meige et Feindel) (1).

On a signalé, comme facteurs prédisposants, l'alcoolisme du père (Guibert), l'arthritisme dans la famille (Bompaire), le tremblement héréditaire (Feindel), le bégaiement héréditaire (Noguès et Sirol), des maladies nerveuses, des troubles mentaux des parents (Feindel et Meige).

Une malade d'Oppenheim avait une hérédité particu-

(1) Les tics et leur traitement, par Henry Meige et E. Feindel.

lièrement chargée : ses grands-parents étaient consanguins, le grand-père diabétique, la grande-mère aliénée, la mère nerveuse, et des sœurs épileptiques ou atteintes de troubles psychiques. Cette femme fut atteinte dans son enfance de tics généralisés qui disparurent complètement pendant un an ; mais aussitôt après son mariage survint le torticolis (1).

Dans les antécédents personnels, on voit signalées : une crise hystériforme (Sgobbo) ; de l'émotivité (de Buck) (2) ; la migraine (Brissaud) ; des névralgies (Bompaire) ; l'irritabilité du caractère, de petites manies (Brissaud et Meige) ; les caprices, les préoccupations, des tendances neurasthéniques (3).

L'apparition du torticolis mental est généralement favorisée par des causes morales déprimantes : émotions violentes et prolongées (Bompaire, Sgobbo), regrets, préoccupations (Brissaud et Meige, Grasset).

Elle est aussi parfois attribuée à des causes extérieures : douleurs, fluxion dentaire (Souques) (4), douleur éprouvée dans le cou en chargeant un fardeau (Amussat) (5), refroidissement (Legouest, de Buck, Guibert) (6), douleurs dans la nuque (Feindel).

(1) *Idem.*

(2) De Buck. — Spasme fonctionnel du cou, torticolis spasmodique, tic rotatoire (*Belgique médicale*, 1897, n° 51 ; *Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, 1898).

(3) Brissaud et Meige. — Trois nouveaux cas de torticolis mental (*Revue neurologique*, 1894, p. 697).

(4) *In* thèse Bompaire.

(5) *Idem.*

(6) *Idem.*

M. Lannois, au Congrès de Limoges, a signalé l'étiologie suivante :

« J'ai soigné une jeune fille atteinte de torticolis mental, contre lequel échouaient tous les moyens employés. Je me suis avisé alors que la cause de son torticolis pouvait être une sorte de papillome qu'elle avait sur le nez et qu'elle ne pouvait s'empêcher de regarder sans cesse. J'en fis faire l'ablation. L'amélioration du torticolis a été telle qu'elle équivaut à une guérison. »

M. Briand a observé un cas de torticolis mental survenu consécutivement à un anthrax de la nuque.

On a invoqué également comme cause du torticolis les intoxications et les infections : alcoolisme, saturnisme, hydrargyrisme, etc., paludisme, typhus, pneumonie. Oppenheim a vu reparaitre, à la suite d'une influenza, un torticolis guéri depuis plusieurs mois.

Dans quelques cas, il semble en effet que le métier exercé par le malade ait une influence. Témoin notre première observation.

SYMPTOMATOLOGIE

La contraction musculaire qui produit la déviation de la tête peut être clonique ou tonique. Clonique, elle entraîne brusquement la tête par une secousse ou une série de secousses ; la tête reprend ensuite sa position normale, pour repartir l'instant après. Tonique, la contraction maintient la tête dans une attitude vicieuse de rotation qui peut se conserver pendant des heures. D'après MM. Meige et Feindel, on trouve tous les intermédiaires, et chez un même sujet, il est de règle que la durée et la forme de la contraction musculaire subissent de nombreuses transformations (1).

Le mouvement le plus simple consiste en une simple rotation de la tête, comme pour regarder de côté ; celle-ci peut également s'incliner sur une épaule, ou être à la fois tournée et inclinée d'un même côté, ou tournée d'un côté et inclinée sur l'autre. L'attitude vicieuse de la tête peut s'accompagner également d'une élévation de l'épaule correspondante.

(1) Les tics et leur traitement, par Henry Meige et E. Feindel.

Tous les muscles du cou peuvent se contracter dans le torticolis mental. Le malade utilise tantôt les uns, tantôt les autres, car on sait qu'il existe des suppléances nombreuses entre ces muscles, superficiels et profonds. Cependant, certains muscles sont atteints avec une plus grande fréquence, en particulier le sterno-cléido-mastoïdien. Parfois, il entre seul en jeu (1) ; mais son action est plus souvent modifiée par celle du trapèze, du splénius, des obliques, de l'angulaire, etc., du même côté ou même du côté opposé.

Chez beaucoup de malades la tête s'incline d'un côté et se tourne vers l'autre : c'est le fait de l'action du sterno-cléido-mastoïdien. La contraction du splénius incline la tête en arrière et la tourne un peu du côté de la contraction. L'oblique inférieur entraîne la tête en rotation latérale sans inclinaison.

Lorsque le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze du même côté sont contractés, la torsion du cou est extrêmement accusée ; on voit alors des plis profonds se former sur la peau de la nuque (2).

D'autres fois la tête est inclinée et tournée du même côté. Il en était ainsi chez le malade de M. le professeur Grasset (2) qui a insisté sur la bizarrerie de cette combinaison : convulsion clonique du trapèze et du grand pectoral à gauche, du sterno-mastoïdien et du grand pectoral à droite. De plus, chez ce même malade, le bras gauche était appliqué contre le corps, le bras droit projeté en arrière.

(1) Maréchal. — Un cas de torticolis spasmodique (*Journal de Neurologie*, 1899, n° 11).

(2) Grasset. — Tic du colporteur, spasme polygonal post-professionnel (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1897, n° 4).

La contraction des muscles de la nuque donnera un *rétrocolis*, comme dans notre observation III, ou bien la tête sera projetée en avant, et on aura un *procolis*.

En général, lorsque le malade est seul, tranquille, reposé, les contractions musculaires sont beaucoup moins fréquentes et moins fortes ; elles peuvent même manquer complètement. S'il est fatigué, troublé, ému, les accidents s'exagèrent.

La distraction est un précieux sédatif du torticolis mental. MM. Meige et Feindel racontent qu'un de leurs malades passait toute sa journée à tiquer, à tourner la tête de plus en plus fort comme s'il eût voulu regarder son dos.

Le soir, il allait au théâtre ; souriant et gai, il demeurait des heures sans ébaucher le moindre mouvement de rotation.

D'une façon générale, toute excitation est capable de produire ou d'exagérer la contraction du muscle. Mais dans le sommeil, presque toujours le torticolis mental ne se produit pas.

Les douleurs vives sont rares, mais d'habitude les malades accusent des sensations de gêne, de tension, de courbature dans les muscles du cou.

Ces phénomènes douloureux semblent être, non pas primitifs, mais secondaires ; ils sont la conséquence des contractions forcées et des compressions exercées par les muscles hyperactifs. Bien plus pénible est la douleur morale, résultant de l'incapacité de résister à la rotation de la tête ; ce phénomène prend quelquefois un caractère angoissant et les malades sont toujours grandement obsédés par leur infirmité.

Les sujets atteints de torticolis mental adoptent des *gestes de défense* destinés à atténuer, parfois même à corriger complètement leur affection. Le *geste antago-*

niste efficace est le plus souvent l'application d'un doigt sur le menton ou sur la joue ; mais il existe une infinité de variantes : le pouce entre les incisives, la paume de la main sur le front, ou sur l'oreille, ou sur l'occiput. La contre-pression exercée par le malade n'est pas toujours dirigée en sens inverse de la rotation : elle est quelquefois de même sens et semble paradoxale (1).

Il en est ainsi dans notre observation II. Souvent cette contre-pression est insignifiante ou nulle ; l'approche du doigt suffit, sans même qu'il effleure la peau. Certains sujets imaginent des procédés correcteurs étranges : un bâton entre les dents (Grasset), un parapluie sur l'épaule et surtout des cols carcans (Henry Meige).

Dans une observation de Noguès et Sirol, le malade mettait sur son nez un lorgnon sans verre, agrémenté d'une tige de fer dont il regardait l'extrémité pour corriger son torticolis. Scherb (2) a rapporté l'histoire d'une femme chez qui la peur de voir tomber la tête « avait engendré des mouvements convulsifs. Elle faisait usage d'une foule de stratagèmes, cols carcans, étais de toutes sortes, jusqu'à fixer dans son dos, à sa ceinture, un bâton au haut duquel elle attachait sa tête avec un mouchoir.

Dans notre première observation, nous voyons que notre malade était obligé de s'appuyer au mur. Aussitôt, tous les mouvements cessaient et la tête prenait sa position primitive.

Ces procédés de défense n'ont généralement de vertu que quand ils sont appliqués par les malades eux-mêmes.

(1) Tics par docteur Henry Meige, *Monographies cliniques*, n° 42, 15 juin 1905.

(2) Scherb. — Un nouveau cas de torticolis mental (*Rev. neurol.*, 15 septembre 1902).

Mais cette règle n'est pas absolue, il peut même arriver qu'une personne déterminée ait seule le pouvoir d'opérer la correction. Le même sujet emploie aussi à des périodes différentes des procédés antagonistes différents (Henry Meige). Beaucoup de malades semblent avoir perdu la notion exacte de la position de leur tête (Meige, Scherb) ; il manquent de précision et d'assurance dans l'exécution des mouvements des membres ; de ce fait, souvent la marche est gênée, irrégulière, incertaine.

Mais, outre ces principaux symptômes, le malade atteint de *torticolis mental* présente une *aboulie* complète.

Guislain a décrit en termes généraux les affaiblissements de la volonté que les médecins désignent sous le nom d'*aboulie* : « Les malades, dit-il, savent vouloir intérieurement, mentalement, selon les exigences de la raison ; ils peuvent éprouver le désir de faire, mais sont impuissants à faire convenablement. Il y a au fond de leur entendement, une impossibilité. Ils voudraient travailler et ils ne peuvent. Leur volonté ne peut franchir certaines limites ; on dirait que cette force d'action subit un arrêt, le « je veux » ne se transforme pas en volonté impulsive, en détermination active. Ces malades s'étonnent parfois eux-mêmes de l'impuissance de leur volonté, et, si on les abandonne à eux-mêmes, ils ne tardent pas à se laisser aller complètement et finissent par passer des journées entières dans leur lit ou sur une chaise (1). »

Mais le plus souvent si le malade ne croyait pas ne pas pouvoir, il pourrait. Il est paralysé ou impuisant à réagir, simplement parce qu'il se croit tel. Le sujet veut mentalement faire telle chose, accomplir telle action, il ne peut

(1) Etude sur le *torticolis mental* (Thèse de Montaigne, Lille).

y arriver, il lui est entièrement impossible de mettre son idée à exécution. Sa volonté est pour ainsi dire murée ; elle ne peut franchir certaines bornes, certaines limites. L'intelligence est cependant parfaite ; rien du moins n'autorise à dire qu'elle ait subi le moindre affaiblissement. Le but est nettement conçu, les moyens de même, mais le passage à l'acte est impossible. Chacun de nous peut d'ailleurs se représenter cet état d'aboulie, car il n'est personne qui n'ait traversé des heures d'affaiblissement où toutes les incitations extérieures et intérieures, sensations et idées, restent sans action, nous laissent froids. C'est l'ébauche de l'aboulie. Il n'y a qu'une différence de degrés. Chez ces malades, le « je veux redresser ma tête » le « je ne veux pas que ma tête tourne » n'éveille plus en eux que des désirs faibles, insuffisants pour les pousser à l'action.

Parfois, mais très rarement, on peut trouver chez le sujet certains troubles de l'écriture ; des lettres, des mots sont sautés, la main tremblante ne réussit à tracer les caractères qu'en zigzagant. D'autres fois l'écriture semble n'être pas étrangère à l'apparition du torticolis mental. On peut, en effet, le voir à son début se produire uniquement avec les mouvements de l'écriture (Meige et Feindel).

En général on ne constate aucune altération de la vue, les pupilles sont normales, égales, elles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Les réflexes des membres supérieurs sont normaux, les patellaires sont parfois légèrement paresseux. Pas de signe de Romberg, aucun trouble moteur.

Le torticolis mental peut être sujet à complications : quand il se prolonge longtemps, on peut voir survenir dans les membres des mouvements d'allure choréiforme,

ou athétosiforme, ou encore un tremblement irrégulier, arythmique. On peut voir la rétraction des muscles du cou situés du côté de la déviation, leur hypertrophie et l'atrophie de leurs antagonistes. L'affection peut également occasionner une déformation du tronc qui peut même devenir définitive ; elle s'accompagne encore d'autres tics, tel le tic des épaules, ou s'y associe.

Les troubles vaso-moteurs et sécrétoires font rarement défaut chez ces malades, mais ces troubles ne diffèrent guère de ceux que l'on observe chez les névropathes, ce ne sont d'ailleurs que des symptômes absolument secondaires. Enfin, les préoccupations continues dues au torticolis mental peuvent être l'origine, le point de départ d'idées hypocondriaques. Mais le plus souvent l'intelligence du malade est parfaite, et c'est un mouvement professionnel qui provoque l'attitude vicieuse (comme dans le cas du tic du colporteur de M. le professeur Grasset). Il en est de même dans notre observation I, et de plus ici, c'est aussi un acte professionnel qui a suggéré la position correctrice ou geste antagoniste efficace

PATHOGÉNIE

La pathogénie du torticolis mental est encore bien obscure, et nombreuses sont les différentes théories cherchant à expliquer cette maladie. Nous allons exposer d'abord les principales opinions des différents auteurs ; puis ensuite nous rechercherons celle qui semble se rapprocher le plus de la vérité.

C'est M. le professeur Brissaud, qui le premier a cherché à expliquer la pathogénie du torticolis mental. Voici comment il s'exprime dans ses Leçons sur les maladies nerveuses (1895, p. 512) :

« Le spasme est un phénomène simple, exclusivement réflexe et par conséquent d'origine spinale, tandis que le tic est un acte *automatique, coordonné* et par conséquent *d'origine corticale*.

Rien ne peut empêcher le spasme, acte réflexe. Peut-on arrêter le bol alimentaire à son entrée dans le pharynx ? Non, ou du moins c'est au prix de tels efforts qu'on bouleverse tout le fonctionnement de la déglutition.

Dans le tic, au contraire, acte *cérébral cortical*, la *volonté intervient*, ou peut *intervenir*. Il y a un état de conscience, ou de subconscience tel que le sujet, averti,

peut se maîtriser. L'inhibition est donc possible, et c'est parce que le phénomène est *cortical*, que les troubles qui le constituent sont *fonctionnels*. Or il n'y a guère de tiqueurs qui ne puissent, par instants, s'empêcher de tiquer, pourvu que leur volonté soit momentanément assez puissante. Ici l'état mental a toujours une large participation.

« Le tic est une maladie psychique, dit Charcot ; il y a des tics de la pensée qui se traduisent par des tics du corps. » Mais la volonté est le dernier juge. Sollicitée violemment quand l'image cérébrale du mouvement est intense, elle peut inversement s'opposer à sa réalisation. »

Et plus loin, il s'exprime ainsi :

« Peut-on toujours vouloir ? Les tiqueurs, dont l'intervention volontaire pourrait empêcher la convulsion, sont par malheur de ceux chez lesquels la volonté est le plus débile, des *cérébraux*, des *faibles*. Ils réussissent à la rigueur à se maîtriser pendant quelque temps, mais bientôt la lutte devient impossible, il leur faut céder à l'habitude ; plus la résistance a duré, plus le besoin de tiquer se montre impérieux. »

Et enfin il termine ainsi sa leçon :

« Il est, par exemple, une variété de tics bien commune, et cependant à mon avis singulièrement négligée par les classiques, qui consiste dans un *spasme clonique des rotateurs de la tête*. Il me semble qu'on pourrait appeler ce tic, le torticolis mental. Ici, sans aucun doute, l'état morbide n'est pas dans les muscles ni dans les nerfs, il est dans l'esprit même. »

Pour M. E. Noguès (de Toulouse), il faudrait rechercher la pathogénie dans l'*obsession*. Voilà, en effet, comment il s'exprime au Congrès de Grenoble (1-7 août 1902) :

« L'obsession est, comme l'avait vu Morel, un état morbide foncièrement émotif. Il en est de même pour les tics qui ont les mêmes caractères émotionnels, et il ne faut pas voir seulement dans les tiqueurs des mentaux, mais aussi et surtout des émotifs, et dans leurs accès moteurs non seulement des accès par idées et avec idées, mais aussi des accès par émotion et avec émotion.

L'état mental des obsédés est exactement celui des tiqueurs.

On peut comparer la symptomatologie des deux syndromes. Dans l'un comme dans l'autre, l'*irrésistibilité* est la même. Dans le tic comme dans l'obsession, notamment dans l'obsession impulsive, il y a tendance au *dédoublement de la personnalité*, c'est-à-dire à la création d'une synthèse mentale secondaire, d'un second moi agissant automatiquement à côté de l'autre.

Qui dit obsession dit lutte : de même qu'il y a révolte de l'obsédé contre l'idée qu'il ne peut chasser, il y a révolte du tiqueur contre le mouvement normal qu'il ne peut empêcher. Cette lutte, cette révolte, s'accompagnent d'anxiété dans les deux cas et se terminent par un sentiment de satisfaction, de détente physique et morale, ou plus justement, comme disent MM. Pitres et Regis, d'*apaisement consécutif*.

..... L'obsession peut donner naissance au tic. Cette situation peut se présenter sous deux formes distinctes. Ou bien le sujet est atteint de la peur de tiquer, de l'*obsession phobique d'un tic ou des tics*, et sous l'influence de cette obsession impulsive il arrive parfois à céder et à tiquer. Ou bien l'obsédé fait des mouvements pour se préserver de ses obsessions et lutter contre elles ; ce sont des *moyens de défense*.

Dans la première forme, on a affaire à une véritable

phobie des tics se manifestant à la façon d'une obsession impulsive. Chez la plupart des tiqueurs il en est bien ainsi. La peur de tiquer joue un rôle important dans la genèse de leurs tics, ceux-ci se produisant surtout au moment où ils ont peur et parce qu'ils ont peur de tiquer...

... Le moyen de défense, procédé libérateur, truc, etc., occupe une place importante dans le tableau clinique de l'obsession et du tic. Il n'y a pour ainsi dire pas d'obsédé qui n'ait ses trucs, ses procédés de défense contre son obsession. De même bien des tiqueurs ont leur procédé défensif correcteur qui consiste en une attitude, en un mouvement quelconque destiné à empêcher le tic...

∴ Il semble donc en définitive que le tic, constitué par deux éléments, un *phénomène moteur* subordonné à un *trouble mental*, est un syndrome comparable et assimilable à une obsession, et plus spécialement à une *obsession impulsive*.

A propos d'une observation, le professeur Grasset s'exprime ainsi (1) :

« Tout acte automatique coordonné n'est pas nécessairement d'origine corticale. La déviation conjuguée de la tête et des yeux, que je vous ai déjà rapprochée du spasme actuel, peut être d'origine corticale, mais elle peut être aussi d'origine bulbaire. Il y a incontestablement des actes bulbaires coordonnés et automatiques.

Il y a même des actes spéciaux qui sont coordonnés et automatiques. On peut marcher avec sa moelle ou tout au moins avec ses centres bulbo-médullaires, la corticalité étant distraite, c'est-à-dire occupée à toute autre espèce

(1) Tic du colporteur, par P. Grasset (Iconographie de la Salpêtrière, 1897, p. 227).

de choses. Quand le canard récemment décapité fait encore le tour de la cour, il accomplit des actes parfaitement coordonnés et automatiques, dans la production desquels la substance corticale ne peut plus intervenir. »

Et plus loin, il continue ainsi :

« Il y a bien des réflexes vrais bulbo-médullaires, sur lesquels la volonté a une action inhibitrice ou dynamisante, et qui cependant ne sont pas des actes corticaux ; il en est ainsi de la marche des réflexes défensifs... L'inhibition est possible parce que les voies centrifuges transmettent les ordres de la volonté : c'est ce qui arrive dans les actes de la miction et de la défécation. En dehors de la vie physiologique courante, cette intervention possible de la conscience et de la volonté sera mise en évidence, notamment dans l'hypnotisme : en agissant sur l'écorce, on peut purger, faire uriner, provoquer les règles.

Donc, le fait que la conscience est, dans certains cas, prévenue des tics (du reste les déplacements matériels suffisaient pour cela), et que la volonté peut exercer sur eux une action inhibitrice, ne prouve nullement la nature corticale et mentale du tic. »

Le tic est un acte complexe ou associé (c'est ce qui le différencie du réflexe pur). Mais il y a plusieurs grands groupes de centres où s'élaborent les actes complexes, associés, et notamment : l'axe bulbo-médullaire et ce que nous avons appelé le polygone cérébral.

L'axe bulbo-médullaire sert de centre non seulement aux réflexes simples (mouvements simples succédant à une impression centripète simple), mais aussi à de vrais mouvements associés : telles, la déviation de la tête et des yeux, la marche chez le canard décapité, etc.

On conçoit donc un premier groupe de tics non men-

taux c'est-à-dire de *tics* reproduisant des mouvements associés d'origine *bulbo-médullaire*. » Expliquant son polygone, le professeur Grasset ajoute :

« En O est le siège du moi personnel, conscient, libre et responsable. De là partent les actes qui ont tous ces caractères : parole volontaire, écriture volontaire, marche volontaire, etc., en un mot toute la vie libre. Au-dessous, est le polygone des centres automatiques. D'un côté sont les centres sensoriels de réception (audition, vision, sensibilité générale) ; de l'autre, les centres moteurs de transmission (parole, écriture, divers mouvements du corps). Ces divers centres sont reliés entre eux, au centre O, et à la périphérie. Par ces communications du polygone avec O, on peut agir volontairement, modifier volontairement les actes automatiques, avoir conscience de ces actes automatiques.

Dans certains cas, au contraire, il y a une sorte de dissociation entre O et le polygone ; alors l'activité propre de ce polygone éclate.....

.....Ceci dit, vous pouvez concevoir une seconde catégorie de *tics*, correspondant à ces mouvements associés polygonaux : ce sont les *tics polygonaux*. Ces *tics* sont associés, coordonnés, psychiques..., ils ont tous les caractères du torticolis mental de Brissaud : mais ils ne sont pas mentaux. Ils appartiennent au psychisme inférieur, polygonal, automatique, et non au psychisme supérieur libre et conscient qui est en O.

Donc, en définitive, on peut admettre *trois espèces de tics* : le *tic bulbo-médullaire*, le *tic polygonal*, le *tic psychique proprement dit*.

Dans le *tic mental* de Brissaud, il faut établir une subdivision et mettre d'un côté le *tic polygonal* et de l'autre le *tic psychique supérieur*. »

M. le professeur J. Grasset (de Montpellier) s'exprime ainsi au Congrès de Grenoble, 1-7 août 1902 :

« De tous les travaux contemporains, et spécialement de ceux, si remarquables, de Brissaud et de ses élèves (Meige et Feindel surtout), il résulte qu'au moins le plus souvent le tic est d'*origine corticale*.

Je crois qu'il n'est pas irrationnel d'admettre aussi des tics non corticaux. Mais actuellement je ne veux m'occuper ici que des tics corticaux.

Nous sommes donc tout à fait d'accord avec Brissaud sur ce point de départ : l'origine corticale des tics.

Seulement, depuis les beaux travaux de P. Janet (et aussi de Richet, Myers, etc.), il faut faire une distinction, dans les centres corticaux psychiques, entre les *centres psychiques supérieurs* et les *centres psychiques inférieurs*.

A ceux-ci (que pour la facilité d'exposition j'appelle polygonaux) revient le psychisme inférieur ou automatique, l'automatisme supérieur ou psychologique de Janet ; tandis qu'à ceux-là (que pour les mêmes raisons d'exposition j'appelle O) revient le psychisme supérieur, conscient, volontaire, libre et responsable.....

..... Est psychique tout acte cortical où il y a de la pensée, de l'intellectualité, du psychisme à un degré quelconque ; d'où psychisme supérieur et psychisme inférieur. Toute l'écorce est psychique (polygone et O).

Au contraire, me rappelant les mots maladies mentales, aliénation mentale, j'appelle *mental* le phénomène et par suite le trouble qui a pour siège les centres psychiques supérieurs O.

De là ces propositions, un peu elliptiques, mais cliniquement vraies : tout ce qui est psychique n'est pas nécessairement une maladie mentale ; si elle reste poly-

gonale, elle n'est pas mentale. Ainsi, par exemple, l'hystérique est toujours un psychique, je ne crois pas qu'il soit toujours un mental. Dans l'hystérie, il y a toujours des troubles du psychisme inférieur, polygonal ; s'il y a en même temps des troubles O (ce qui arrive souvent), c'est une complication : l'hystérique est devenu aliéné.

Voilà l'idée qui m'a fait donner un sens différent au mot psychique et au mot mental...

Ce que Brissaud a admirablement établi et ce que j'admets avec lui complètement, c'est que tout *tiqueur est un psychique*, pour les types que nous envisageons ici. Mais je n'admets pas (et Brissaud non plus, je pense) que tout tiqueur soit un aliéné, c'est-à-dire un mental, au sens de ce mot que j'ai précisé tout à l'heure.

La chose est démontrée, me semble-t-il, par le très intéressant chapitre du rapport de Noguès (p. 73) sur l'état mental des tiqueurs, qui est le plus souvent l'état psychique d'un désagrégé suspolygonal ou d'un polygone faiblement lié à son centre O.

Donc, un *tiqueur qui est un psychique et qui n'est pas un mental est un polygonal*.

Voilà la distinction que j'ai voulu établir, appliquant simplement, je le répète, aux tiqueurs la distinction des deux psychismes qui, depuis Janet, est devenue classique et jette un si grand jour sur la distraction, le sommeil, les rêves, les somnambulismes, l'hypnose et la suggestion, l'hystérie, les médiums et même sur certains symptômes de lésion organique, comme les aphasies, les paralysies, etc.

La chose est d'ailleurs admise pour les tics par divers auteurs, comme Dupré (Société de Neurologie, 1901), Cruchet (thèse de Bordeaux, 1902) et par Meige et Feindel quand ils écrivent (p. 122 de leur dernier livre): « Si

on parle la langue de M. Grasset, on peut parfaitement dire : le tic *constitué*, celui qui se produit dans le moment présent, n'est qu'une manifestation de l'activité polygonale. »

Seulement les auteurs ajoutent : « Mais avec M. Brissaud, on peut dire non moins justement : l'acte qui peut devenir un tic est un acte dans l'exécution duquel, à l'origine, dans le passé, l'écorce cérébrale pouvait intervenir. » Sans doute, le mouvement du tiqueur a été volontaire avant d'être automatique ; c'est avec son centre O que, pendant qu'il était colporteur, mon malade donnait un coup d'épaule pour soulever la balle. Mais, à ce moment, il n'était pas tiqueur.

Le mouvement n'est devenu tic que quand il est devenu une *habitude morbide*, c'est-à-dire quand il a cessé d'être volontaire pour devenir automatique, involontaire, polygonal.

Donc le tic polygonal existe, et il est polygonal depuis qu'il est tic.

Je crois donc qu'il y a lieu de maintenir la distinction que j'ai proposée en 1897 des tics avec participation de O (quand il y a vraiment état mental, aliénation) et des tics polygonaux (quand il y a état psychique, mais pas état mental).»

Plus loin nous trouvons :

« M. Joffroy conteste que les neurones du psychisme inférieur et les neurones du psychisme supérieur soient distincts les uns des autres, et, à l'appui de son opinion, il rappelle qu'un acte volontaire, justifié au début, devient ensuite automatique et constitue un tic : L'acte a-t-il changé de siège et de centre et est-il passé des neurones supérieurs aux neurones inférieurs ? Je lui répondrai : non, l'acte n'a pas changé de siège : le siège s'est simplifié

Dans l'acte volontaire normal, les deux ordres de centres psychiques interviennent et collaborent d'une manière inextricable. Quand l'acte cesse d'être volontaire et devient automatique, les neurones supérieurs cessent d'y présider et les neurones inférieurs continuent seuls à fonctionner, désagrégés de leur centre O. La meilleure des preuves que les centres inférieurs sont distincts des centres supérieurs, c'est qu'ils peuvent fonctionner séparément et simultanément. Quand Archimède sort tout nu de son bain, ce ne peut pas être avec les mêmes neurones que d'une part il trouve et proclame la solution de son problème, et que de l'autre il sort de la baignoire et court dans la rue. »

Voici donc, rapidement exposées, les différentes théories sur la pathogénie des tics en général et du torticolis mental en particulier. Que peut-on conclure, et quelle est la théorie qui semble la plus exacte ? Il serait peut-être bien téméraire à moi de trancher nettement une aussi grave question. Mais, à mon avis, il me semble que la théorie de M. le professeur Grasset est la plus juste ; car elle nous permet d'expliquer les différents torticolis mentaux qui existent. Tous en effet ne se ressemblent pas ; et nos deux premières observations peuvent nous servir d'exemple. Dans la première nous ne pouvons trouver aucun trouble mental ; au contraire dans la deuxième nous nous trouvons en présence d'un individu qui n'est pas encore fou, mais qui le deviendra bientôt.

Le premier est un torticolis mental à origine polygonale,

le second est un torticolis mental à origine psychique supérieure.

Et, pour simplifier *la question*, il vaudrait mieux employer le terme de *torticolis psychique* qui prêterait moins à confusion.

DIAGNOSTIC

Le torticolis mental peut présenter certaines variations suivant les sujets et on se heurte alors à de grandes difficultés pour en faire le diagnostic.

Le torticolis mental n'est caractérisé par aucune lésion organique, les contractions en général ne sont pas permanentes et sont de courte durée. Au contraire, les torticolis causés par des affections organiques, telles que des tumeurs, des lésions rachidiennes, des lésions des nerfs, seront facilement reconnus, car ces torticolis sont durables et permanents.

Avec les torticolis spasmodiques, le diagnostic est un peu plus difficile à faire. Cependant nous savons que dans le spasme, la tête est généralement un peu penchée sur un côté, elle ne se tient pas tout à fait droite. On trouve une série de mouvements successifs en nombre variable, survenant sous forme de véritables paroxysmes ; ils sont très irréguliers. De plus, ces torticolis spasmodiques présentent deux caractères importants qui permettent d'en faire le diagnostic : ce sont, l'état de rigidité de certains muscles du cou et surtout l'état douloureux qui

accompagne cet état de rigidité, et qui fait défaut dans le torticolis mental.

Il faudra donc examiner le malade avec le plus grand soin.

Peut-on confondre avec la chorée de Sydenham ?

Non, car il suffit de songer aux mouvements incoordonnés, bizarres que celle-ci présente. On a vu cependant des cas de torticolis mental compliquer une chorée, et Raymond a cité le cas d'une fillette chez qui une chorée de Sydenham se greffa sur une maladie des tics. Inversement Chatin parle d'une jeune malade de 17 ans qui, après plusieurs récives de chorée, fut prise d'un tic absolument analogue au torticolis mental, le trismus mental !

Avec la chorée rythmée, le diagnostic sera plus difficile. Celle-ci peut être de nature hystérique ou symptomatique. Les secousses seront involontaires, systématiques, et l'on trouvera les stigmates de la grande névrose, dans le premier cas. Au contraire, dans le second cas, le système nerveux sera lésé, et on constatera un mouvement réflexe résultant de l'irritabilité de l'arc réflexe.

Il faudra également différencier le torticolis mental avec la maladie des tics, des tics convulsifs. Cette maladie de Gilles de la Tourette revêt deux formes : dans sa forme bénigne, elle est caractérisée par des tics proprement dits, et dans sa forme grave elle comprend en plus de l'écholalie, échokinésie, coprolalie. La volonté peut arrêter ces secousses dans certaines limites ; mais quand l'effort cesse, les secousses redoublent de plus belle et d'autant plus que la contrainte a été plus longue. Cette affection représente une forme clinique bien caractérisée, à qui il faut conserver son individualité. Mais on ne consi-

dérèrera pas tous les autres tics et le torticolis mental comme des cas de cette maladie.

Le torticolis mental ne fait pas partie intégrante de l'hystérie, épilepsie et neurasthénie, ce qui ne l'empêche pas toutefois de survenir chez ceux qui en sont atteints, car ce sont des déprimés. Il peut, dans certains cas, être rapporté à l'hystérie, mais ce n'est point un syndrome de cette névrose. Chez le tiqueur, en effet, la sensibilité générale n'est pas modifiée, il ne présente ni anesthésie, ni hyperesthésie, ni rétrécissement du champ visuel. Si l'on constate des anomalies psychiques des deux côtés, il ne nous semble pas toutefois que l'hystérie soit en jeu. Mais les hystériques peuvent devenir tiqueurs.

Babinski (1) donne une définition de l'hystérie qui permet de bien la différencier du torticolis mental et des tics : « C'est, dit-il, un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'autosuggestionner. Elle se manifeste par des troubles primitifs et des troubles secondaires. Les troubles primitifs peuvent être reproduits exactement par suggestion chez certains sujets et disparaissent sous l'influence de la persuasion. »

En effet, il semble difficile de reproduire un tic avec une exactitude rigoureuse et la persuasion ne peut le faire disparaître complètement. Si ce moyen semble donner parfois une guérison, il est souvent insuffisant. Il faut une véritable rééducation.

Peut-on confondre avec la neurasthénie ? Sans doute, dans ce cas, les malades sont des déprimés, des dégénérés ; mais on a alors de la rachialgie, des céphalées avec douleurs en casque, de l'asthénie, de l'insomnie. Isolé-

(1) Babinski. — Soc. de Neur. de Paris, 7 décembre 1901.

ment, on peut trouver un de ces symptômes chez un sujet atteint de torticolis mental, mais chez les neurasthéniques ils sont tous réunis.

Le torticolis mental peut accompagner l'épilepsie. L'état mental de l'épileptique, déjà bien faible, permettra facilement au tic de se développer, mais ici encore existe une différence.

L'épilepsie corticale, si parfois elle peut être arrêtée par une diversion, une fois commencée, suit son évolution sans que rien ne puisse l'en empêcher. Inversement, l'accès du tic peut toujours être arrêté pour un temps plus ou moins long.

Dans l'épilepsie essentielle, son mode d'évolution particulier suffit à la caractériser.

De plus il nous faudra différencier le genre de torticolis auquel on a affaire : *torticolis polygonal* ou bien *torticolis mental à origine psychique supérieure*. C'est ce dernier qui est le torticolis mental de Brissaud.

L'état d'intelligence et ses troubles permettront facilement le diagnostic.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Le début du torticolis mental est ordinairement insidieux. Qu'il s'agisse de l'envahissement d'un tic de l'épaule, ou que la déviation de la tête soit le phénomène le premier en date, le torticolis qui en résulte est d'abord peu fréquent et peu accentué. Il ne se produit qu'un petit nombre de fois par jour et chaque fois la contraction ne dure que peu de temps.

Graduellement, la rotation involontaire de la tête s'effectue plus souvent, l'attitude est maintenue plus longtemps. Mais il faut souvent plusieurs mois pour que le torticolis mental soit complètement constitué.

Quelquefois le début est insidieux à ce point qu'il passe inaperçu du malade lui-même; ce sont des personnes de son entourage qui lui font remarquer son attitude singulière. D'autres fois il remarque qu'il ne peut redresser la tête sans l'aide de ses mains.

Il n'est pas rare de voir l'affection se localiser au début dans un muscle, l'abandonner ensuite pour s'attaquer à un autre, puis reparaitre dans le premier muscle atteint. On voit même le torticolis changer de côté: la tête qui tournait d'abord à droite se met ensuite en rotation à

gauche. La forme de la convulsion peut aussi changer, et de clonique devenir tonique, au bout de quelques semaines ou de quelques mois. Au début, le torticolis mental est moins fréquent. Le malade peut passer des journées entières sans en être incommodé. Il arrive aussi que celui-ci ne se montre que dans certaines conditions bien déterminées. C'est ainsi que MM. Meige et Feindel citent le cas d'un torticolis mental à son début qui ne se produisait qu'à l'occasion des mouvements de l'écriture.

Au torticolis s'adjoignent parfois des mouvements de l'épaule, du bras, du tronc ; et même, lorsque le torticolis mental se prolonge pendant longtemps, on voit assez fréquemment survenir dans les membres des mouvements d'allure choréiforme ou athétosique, ou encore une espèce de tremblement irrégulier, arythmique (Meige et Feindel). Le geste antagoniste se montre quelquefois dès le début de la maladie. Mais, plus fréquemment, il apparaît plus tardivement, plusieurs mois, plusieurs années même après que l'attitude vicieuse est invétérée. Le torticolis mental, une fois constitué, reste extrêmement variable d'un jour à l'autre. Mais d'une année à l'autre il ne se modifie guère.

En résumé, nous dirons que c'est une affection longue et tenace, avec des rémissions temporaires d'assez longue durée, et d'autres fois des alternances, soit avec divers tics, soit même avec des troubles psychiques. Peut-on la guérir ? C'est assez difficile, et il faut beaucoup de temps et de patience. Cependant notre observation III montre qu'on peut arriver à une complète guérison.

Le pronostic est bénin, on ne meurt pas du torticolis mental. Mais c'est toujours une infirmité fâcheuse, et si on l'abandonne à lui-même, il a tendance à s'aggraver,

à se généraliser. Il est d'autant plus tenace qu'il existe depuis plus longtemps. Il peut disparaître spontanément pour être remplacé par un autre tic.

On a cité des cas de guérison complète et définitive, mais il faut toujours se méfier des récidives. Un sujet atteint de torticolis mental est somme toute un tiqueur, et, s'il vient à perdre les bonnes habitudes de surveillance qu'il avait prises, il peut se trouver à la merci de nouveaux tics. Par contre, s'il a pris l'habitude d'une bonne discipline psycho-motrice, il sait se mettre en garde contre un retour offensif.

Il ne faut pas croire que le torticolis mental échappe à toute intervention thérapeutique et que son évolution ne puisse être modifiée ni enrayée ; l'inefficacité des moyens de traitement usités jusqu'à ces dernières années avait contribué à accréditer son incurabilité. La sévérité de ce pronostic s'est beaucoup amendée. On sait aujourd'hui que, dans la majorité des cas, un traitement approprié produit toujours des améliorations, dont la durée et l'importance sont en raison directe des efforts correcteurs exercés sur le tic. On peut même enregistrer des cas de guérison, et ceux-ci deviendront de plus en plus nombreux au fur et à mesure qu'un plus grand nombre de malades seront soumis de meilleure heure à un traitement rationnel.

Terminons en disant que, selon que le « torticolis psychique » sera à type polygonal ou à type psychique supérieur, variable sera son évolution ; et le pronostic, grave dans le second cas, sera bénin dans le premier.

TRAITEMENT

Nous allons d'abord exposer les différentes méthodes de traitement, puis ensuite nous examinerons celle qui nous paraît la meilleure.

MÉTHODE DE BRISSAUD

Elle consiste essentiellement dans l'application de cette formule : immobilisation des mouvements et mouvements d'immobilisation, c'est-à-dire, en exercices d'immobilité et exercices de mouvements commandés (1).

On s'efforce par divers moyens de suggestion d'obtenir chez le sujet l'immobilité des muscles atteints de torticolis. Les premières fois, cette immobilité ne sera pas

(1) E. Feindel. — Le traitement médical du torticolis mental (Nouv. Iconogr. Salp., 1897, p. 403-414).—E. Brissaud et E. Feindel, Sur le trait. du tort. mental et des tics similaires (*Journ. de neurol.*, 1899, p. 141-149).

maintenue longtemps, le tiqueur se fatiguant très vite : on commencera par la faire conserver quelques secondes seulement, puis on augmentera peu à peu la durée du temps ; les séances, au début, seront courtes, de deux à cinq minutes, et répétées de quatre à six fois par jour en moyenne, toujours aux mêmes heures. Quand on aura réussi à obtenir une immobilité assez longue, cinq à six minutes par exemple, immobilité jusque-là au repos, le malade étant assis, et tous les muscles de son corps demeurant immobiles, on cherchera alors à faire garder l'immobilité du groupe musculaire atteint de tic, dans le passage de la station assise à la station couchée, puis à la station debout ; cette immobilité devra être maintenue ensuite dans divers mouvements simples, surtout des membres supérieurs et inférieurs : marche, élévation, abaissement, circumduction, adduction, abduction, flexion, extension, etc. La seule condition est que ces mouvements soient toujours effectués en dehors du territoire musculaire affecté.

Progressivement, on augmentera la durée des séances, jusqu'à une demi-heure environ, en même temps qu'on pourra en diminuer le nombre : deux à trois suffiront quotidiennement.

Quand on a obtenu l'immobilité des muscles, jusque-là convulsés, alors on fait faire des exercices de mouvements exécutés au commandement, mouvements qui devront être lents, réguliers et variés.

Enfin on fait effectuer, d'une manière alternative, des exercices d'immobilité et de mouvements dans les groupes musculaires atteints de tics, en même temps que le sujet se livre à des mouvements divers, plus ou moins compliqués dans les muscles voisins.

Au fur et à mesure que l'on gagne du terrain, on tend

à espacer les séances ; de biquotidiennes elles deviendront quotidiennes, puis on n'en fera que tous les deux jours, jusqu'au moment où la guérison sera définitive.

MÉTHODE DE DUBOIS (de Saujon)

Dans la séance du 27 mars 1901 de la Société de thérapeutique de Paris, Dubois (de Saujon) faisait une importante communication sur le « traitement de la maladie des tics » :

Cette méthode est de même ordre que celle de Brissaud. Dubois songea, lui aussi, à une rééducation possible des neurones. « Je pensai, dit-il, qu'en habituant, par des exercices méthodiques, le malade à rester immobile comme une statue dans une position favorable au repos et pendant un laps de temps déterminé ; qu'en faisant cela avec autorité, par suggestion verbale (sans hypnose), on arriverait à imposer suffisamment l'*image du calme possible* pour que ce calme puisse se réaliser dans l'inconscient et impressionner ainsi les centres producteurs des divers tics (1). »

Dubois fait des réserves en ce qui concerne les mouvements d'immobilisation de Brissaud. Cela lui paraît « plutôt nuisible qu'utile ». « En effet, dit-il, le mécanisme et le siège de l'action curative se trouvent, pour Brissaud, dans l'organe de l'activité psychologique, l'écorce du

(1) Dubois (de Saujon). — Traitement de la maladie des tics, p. 3, 4, 22 et 23.

cerveau. Donc, la rééducation d'un muscle, en tant que muscle, n'existe pas ; elle ne peut être qu'une rééducation centrale par fixation de l'attention. Ce qu'il faut chercher à obtenir, c'est de fixer sur les centres *l'image du repos possible*. Je le fais par l'immobilité *absolue, consentie et voulue* par le sujet qui cherche à m'obéir ; mais si, immédiatement après, je lui fais faire des mouvements plus ou moins savants, je détourne son attention du but visé. C'est en cela que ma méthode, toute suggestive, diffère de celle que MM. Meige et Feindel appellent la méthode de Brissaud (1).»

MÉTHODE DE PITRES

Cette méthode repose sur les rapports physiologiques qui existent entre le mouvement et la pensée d'une part, et la respiration d'autre part.

J.-R. Cruchet, dans sa thèse sur le « tic convulsif et son traitement gymnastique » (2), nous explique ainsi cette méthode : « Le sujet tiqueur est placé droit, la tête fixe, le dos contre un mur, les talons joints, les bras appliqués tout d'abord contre les cuisses. Pendant deux ou trois minutes, il récite à haute voix une fable quelconque, en faisant fréquemment et régulièrement, tous les deux ou trois vers, par exemple, une inspiration lente et profonde.

(1) Dubois (de Saujon). — Traitement de la maladie des tics, p. 3, 4, 22 et 23.

(2) Faculté de médecine de Bordeaux, 15 février 1902.

Les deux ou trois minutes consécutives sont consacrées à des inspirations ou expirations, également longues et profondes, avec l'élévation lente des bras dans l'inspiration, leur abaissement lent dans l'expiration.

Les premiers jours, on répètera ces exercices toutes les trois heures en moyenne, puis on espacera les intervalles en augmentant peu à peu la durée de chaque séance : on arrivera ainsi à faire des séances de douze à quinze minutes, rarement plus, trois ou quatre fois par jour. On continuera ainsi pendant un temps variable, selon les sujets, et on suivra alors, en sens inverse, les étages parcourues. Revenu au point de départ, on espacera alors les séances, on en réduira le temps peu à peu, et progressivement on finira par les supprimer complètement. »

La thérapeutique médicamenteuse, utilisée contre les maladies nerveuses, n'a guère donné de résultats dans le torticolis mental. Il semble cependant qu'il ne serait pas toujours inutile d'administrer les bromures. Dornbluth en aurait même obtenu plusieurs succès. L'hydrothérapie, tiède surtout, est excellente à titre d'adjuvant ; l'hygiène, tant physique que morale, les promenades, les distractions peuvent jouer un certain rôle.

Le traitement chirurgical du torticolis mental a été préconisé par plusieurs auteurs. De Quervain (1), prétend avoir obtenu 58 % de succès en employant la méthode de Korcher. Cette méthode consiste à sectionner successivement les muscles atteints de secousses convulsives. On peut également faire l'élongation ou la section du spinal.

(1) De Quervain. — Le traitement chirurgical du torticolis spasmodique par la méthode de Korcher (*Semaine médicale*, 1896, 14 octobre, n° 51).

Ces différentes méthodes ayant été exposées, voyons quelle est la meilleure.

La thérapeutique médicamenteuse, presque toujours sans effet, doit être écartée ; on rejettera de même toute intervention chirurgicale, souvent inutile et toujours dangereuse. Notre observation V en montre les inconvénients.

Seul, le traitement rééducateur donnera de bons résultats : que l'on emploie la méthode de Brissaud ou celle de Pitres, peu importe, les bases sont les mêmes et toutes les deux comptent de nombreux succès. On pourra même employer les deux à la fois. Actuellement, on place un miroir devant le sujet atteint de torticolis mental et on fait la méthode de Brissaud. De cette façon, voyant lui-même l'incorrection de ses attitudes, le malade prendra peu à peu, en faisant les corrections nécessaires, l'habitude de viser à la « suppression des actes automatiques inutiles », ce qui, d'après Brissaud, est la meilleure discipline qui soit ici applicable.

Il faudra s'armer de patience, car le traitement, pour être salubre, doit être prolongé très longtemps. La plus grande difficulté vient des malades eux-mêmes ; il se fatigueront vite des séances quotidiennes ; ou après une légère amélioration, se croyant guéris, ne voudront plus se soigner.

D'autres fois ils promettent de continuer seuls le traitement, mais le médecin devra se défier. Ce sera à lui, médecin, d'exercer son influence d'éducateur et d'encourager son malade.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Personnelle)

(Remercions ici M. L. Rimbaud, chef de clinique médicale, qui a bien voulu nous donner de précieux renseignements pour cette observation.)

B... entre le 10 novembre 1908, dans le service de M. le professeur Grasset, salle Fouquet, lit n° 10.

Il s'agit d'un homme de 28 ans, cultivateur-propriétaire, dont le père et la mère sont bien portants, une sœur en bonne santé. Il a eu lui-même des convulsions à l'âge de 3 mois, une rougeole à 15 ans et une nouvelle fièvre éruptive, mal caractérisée, à 20 ans.

A l'âge de 15 ans, peu de temps avant sa rougeole, et à propos d'une forte émotion, dit-il, le sujet a commencé à présenter quelques mouvements choréiformes dans la main et le bras droits; en quelques semaines ces mouvements ont envahi la main et le bras gauches et la partie droite de la face; ils n'ont pas cessé depuis.

Ces phénomènes choréiques n'ont jamais été très accentués; le jeune malade a pu continuer à aller à l'école, où il est resté jusqu'à l'âge de 16 ans, suivant, sans difficultés, les mêmes cours que ses camarades. Cette chorée est restée stationnaire et elle a actuelle-

ment les mêmes caractères que dans les premiers mois. Elle a valu la réforme à notre malade, il y a neuf ans.

Au commencement d'octobre, quelques mouvements ont commencé à se produire du côté de la tête qui, de temps à autre, était violemment projetée par secousses brusques du côté droit. Ces mouvements sont devenus plus fréquents et, au bout de trois semaines environ, la tête est restée fixée dans la position vicieuse qu'elle occupe actuellement. C'est la position classique du torticolis : la tête est complètement tournée sur la droite, la face regardant à peu près exactement le moignon de l'épaule et n'étant pas relevée en haut comme dans le véritable torticolis musculaire. Cependant le sterno-cléido-mastoïdien paraît être contracté. Les yeux sont portés à droite, l'épaule du côté droit légèrement relevée.

La tête laisse par moments cette position, et, par un grand effort de volonté, le malade peut la ramener en bonne position. Mais il la maintient à peine quelques secondes et elle ne tarde pas à reprendre en un mouvement brusque sa situation vicieuse.

Le côté droit de la face présente de petits mouvements choréiques : il s'agit surtout d'un tic de l'angle droit de la bouche. Les mains sont sans cesse en mouvement : ces mouvements sont de peu d'étendue, plus accentués du côté gauche ; ils obsèdent le malade plus qu'ils ne le gênent.

Pendant le sommeil, ces mouvements disparaissent complètement ; la tête est en bonne position.

Du reste le malade a, comme tous les malades de ce type, trouvé le geste ou le procédé qui lui permet de rectifier son torticolis. Quand il est debout, il glisse la main droite derrière sa tête et vient appuyer sur la partie gauche du cou ; quand il est assis, il lui suffit d'avoir les *épaules appuyées* pour que le torticolis cesse complètement ; il n'est même pas utile que la tête ait un point d'appui : assis sur une chaise, ou simplement appuyé à l'angle d'une porte, le torticolis ne se produit plus.

Comme dans la plupart de ces cas de torticolis psychiques, les actes professionnels paraissent être intervenus chez notre malade comme cause déterminante de ce tic.

Comme cultivateur, il est surtout occupé à piocher et à porter des fardeaux. Étant gaucher, quand il soulève la pioche avec son bras gauche, sa tête se porte à droite (comme dans son torticolis)

Il porte le plus souvent ses fardeaux de bois sur son épaule gauche. Dans cet effort, sa tête doit encore se porter à droite. Parfois, si le fardeau est plus lourd, il le met sur son dos. Or, dans cette attitude, il ne peut tourner la tête, elle heurterait la charge qu'il a sur les épaules ; et il a, en effet, remarqué que lorsqu'il a un fardeau sur les épaules sa tête est droite. De là, l'artifice qu'il a trouvé pour maintenir sa tête en bonne position ; il lui suffit de sentir quelque chose contre ses épaules pour n'avoir plus son torticolis ; le coin d'une porte, le dossier d'une chaise, remplacent le fardeau.

Tous les réflexes des membres sont bien conservés. La sensibilité générale semble intacte, et aucune faiblesse musculaire à signaler.

Dès son entrée à l'hôpital, le malade commence son traitement selon la méthode de M. le professeur Brissaud ; c'est-à-dire des exercices d'immobilisation et de mouvements, le tout fait devant un miroir. De plus, on lui fait subir un traitement électrique, mais celui-ci sans résultat.

Au contraire, dès le début, le traitement rééducateur avec le miroir produit le plus grand bien à B... Le malade commence à tenir sa tête normalement, mais pendant un temps très court.

En décembre, B... demande à sortir de l'hôpital. Il va beaucoup mieux, mais la guérison n'est pas encore complète. On lui conseille de poursuivre chez lui son traitement.

OBSERVATION II

MM. Rimbaud et Bonhomme. — Société des sciences médicales :
Séance du 1^{er} mai 1908) (1)

Torticolis mental

Jean-Baptiste N..., cultivateur, 35 ans, de Chazeaux, canton de Blaymard (Lozère), entre le 18 avril 1908, à la salle Fouquet, n° 20.

(1) *Montpellier Médical*, 21 juin 1908, n° 25.

Antécédents héréditaires : Son père est mort de pleurésie et buvait un peu. Sa mère était nerveuse ; elle était la cousine germaine de son mari.

Il a eu deux frères, qui ne sont pas mariés ; a eu deux sœurs qui sont mortes, l'une, l'année dernière, de pleurésie, compliquée de méningite : il a été très affecté par cette mort ; l'autre est morte d'une affection pulmonaire probablement : elle était religieuse garde-malade. Aucun d'eux n'a eu de crises, mais tous sont nerveux.

Antécédents personnels : N'a pas eu de maladie dans son enfance ; est allé à l'école jusqu'à 17 ans ; aimait beaucoup à lire et à écrire ; aurait désiré être instituteur.

A fait son service militaire régulièrement.

Marié depuis quatre ans.

Il y a sept à huit ans, il se rendit à Lourdes avec le pèlerinage national ; là, il fut frappé du nom « Manuel » qui se trouvait sur toutes les brochures distribuées aux pèlerins (il s'appelle « Nuel »). Aussitôt il songea à la magie, à l'électricité — à laquelle il n'avait jamais pensé avant — et à toutes « choses dépassant l'esprit de l'homme ». De retour dans son pays, il eut une frayeur : un coup de mine éclata inopinément à ses côtés et blessa un ouvrier. Il eut alors pendant quarante-huit heures des crises de nerfs, se tordait, grinçait des dents. Il prétend qu'il ne perdait pas connaissance ; cependant il dit aussi qu'on le crut mort, et ne se réveilla que lorsque le prêtre approcha les cierges pour lui donner l'extrême-onction. Il eut au moins un quart d'heure d'extase absolue avec visions, qu'il ne peut préciser, mais qui étaient en rapport avec une jeune fille de 22 ans avec laquelle il devait faire des expériences de magie. Il eut pendant ce temps des hallucinations de l'ouïe (entendait le tintement des pièces d'argent). Comme traitement, on lui mit de la glace sur la tête : elle lui coula dans le dos et depuis cette époque il a été très sensible au froid dans cette région.

Au mois d'octobre 1907, il s'endormit dans un courant d'air pendant une heure et demie et se réveilla transi.

De plus, il avoua, puis nia, avoir vu dans les foires des gens ayant le torticolis. La maladie actuelle remonte à deux ou trois ans ; on lui fit remarquer, à cette époque, qu'à l'occasion d'un effort ou d'une contrariété il ébauchait son torticolis ; mais c'était

très passager. Il a commencé à s'en apercevoir il y a un an ; lorsqu'il travaillait la terre, il n'y avait encore aucune contraction, mais lorsqu'il lisait, écrivait, ou avait une émotion, la tête se portait en arrière et à droite. Son caractère se modifia : il devint très irascible et très violent. Il éprouve des frémissements dans les jambes sans qu'elles aillent pourtant jusqu'à se dérober sous lui.

Au mois de novembre 1907, à la suite du coup de froid mentionné plus haut, sa tête resta inclinée à droite pendant huit jours à peu près qu'il passa au lit dans l'immobilité la plus absolue. La tête revint peu à peu dans une bonne position, mais le tic était constitué. Depuis trois mois, souffrant moralement et physiquement de son infirmité, le malade gardait le lit. Il ne fait pas remonter sa maladie aux visions qu'il a eues il y a sept ans, et il n'a plus repensé à l'électricité.

Aspect : La tête est actuellement toujours en mauvaise position. L'occiput est presque à toucher l'épaule droite, le menton au-dessus de la clavicule gauche, par contraction du sterno-cléido-mastoïdien droit. Un doigt seulement appliqué sur la tempe gauche et qui, par conséquent, semblerait devoir exagérer le mouvement tiqueur, suffit à ramener la tête en bonne position. Le malade se sert ordinairement d'un manteau posé sur la tête et dont le faible poids suffit à lui permettre de tenir la tête droite. L'épaule droite est relevée comme allant au devant de la tête inclinée. Le côté droit a tout entier une attitude raide et la contracture s'étend un peu au bras, dans lequel le malade se plaint d'éprouver quelques douleurs.

Examen : *Membres inférieurs* : réflexes rotuliens vifs des deux côtés. Sensibilité conservée ; pas de faiblesse musculaire.

Tronc : Un peu d'hyperesthésie à droite.

Membre supérieur : Tous les réflexes sont vifs. la sensibilité est normale.

Cou : Anesthésie assez prononcée à droite dans la région correspondant au trapèze et au sterno-cléido-mastoïdien droit. On sent la corde dure du sterno contracté. Rien à gauche.

Anesthésie conjonctivale.

Anesthésie pharyngée.

Légère sensation de boule à la pression prolongée du flanc droit.

Le testicule droit est plus douloureux à la pression que le gauche.

Bon état général. Rien aux autres appareils.

Traitement : Le traitement employé consiste en :

1° Traitement électrique par les effluves d'électricité statique sur le muscle contracté.

2° Rééducation : a) par le miroir. Le malade fait, seul, devant le miroir, les mouvements de rééducation qu'on lui a enseignés.

b) Par les mouvements exécutés journellement au commandement ; tendant, suivant la formule de Brissaud, à « l'immobilisation des mouvements, et aux mouvements d'immobilisation » ; à savoir : tenir sa tête dans l'immobilité « photographique », droite, pendant un temps qui va rapidement en augmentant ; puis faire, au commandement, et rythmiquement, des flexions méthodiques, en avant, en arrière, à droite, à gauche, puis rotation en tous sens.

Le malade a une très grande bonne volonté et s'améliore promptement.

OBSERVATION III

Résumée;

Henry Meige : Les péripéties d'un torticolis mental. — Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière, t. XX, p. 461-507, année 1907.)

Au début de son observation, Henri Meige s'exprime ainsi :

« C'est un *torticolis mental observé pendant six années*, très amélioré d'abord, puis récidivant, amélioré de nouveau, reparaissant encore, mais enfin guéri. De plus cette *observation* est doublée d'une auto-observation : le patient, intelligent et instruit, a fait lui-même une analyse très exacte de son mal. »

Taurone a 39 ans, de petite taille, mais vigoureux et en bonne santé. Sans hérédité ni passé pathologiques. Il y a une dizaine d'années il eut une sorte de « crampe des écrivains ». En juin 1902, Taurone ressentit un malaise singulier : Il lui *semblait* que sa tête avait tendance à tomber sur l'épaule gauche. Il éprouvait comme une *sensation* de pesanteur à gauche. Signalons un détail impor-

tant : les *deux yeux ne voient pas également bien* ; le gauche est un peu myope et astigmat. Aussi, de longue date, Taurone a-t-il pris l'habitude d'utiliser surtout son œil droit, et, pour cela, il tourne la tête à gauche et il entendait moins bien de l'oreille gauche.

La tête de Taurone tourna davantage à gauche, le visage dirigé un peu vers le haut : rotation assez lente, suivie d'un retour et d'un temps de repos, et bientôt le maintien de la tête dans la position droite ne put se faire qu'au prix d'un réel effort. A partir de cette époque le malade commença à se préoccuper de son torticolis. Il s'était fabriqué une sorte de culotte, munie d'une attelle qui partait de l'oreille gauche et venait se fixer par une épingle sur l'épaule droite. Mais il renonça bien vite à cet appareil, les contractions des muscles s'exaspérant par cette résistance.

Au début, l'examen du malade montra que le *sterno-mastoïdien droit* était seul touché ; plus tard, le trapèze droit fut atteint à son tour, et son action eut pour effet d'ajouter à la rotation de la tête à gauche son renversement en arrière. De plus, le malade présente des mouvements convulsifs des muscles de la face et quelques mouvements rapides et successifs de flexion et d'extension des doigts de la main droite. Pendant la marche, la rotation de la tête à gauche s'accroît davantage : la lecture est presque impossible et l'écriture est très pénible. La sensibilité cutanée est normale des deux côtés, les réflexes patellaires sont égaux et normaux ; le réflexe cubital du côté droit est un peu plus vif que celui du côté gauche.

Le malade est capable d'exécuter tous les mouvements qu'on lui commande avec correction, mais il ne peut obtenir qu'avec peine le relâchement musculaire complet. Le tonus musculaire est anormal, et cette anomalie se traduit par un excès d'intensité et de durée de la contraction. Un examen électrique montre que le sterno-mastoïdien gauche est plus excitable que le droit, aussi bien pour le courant galvanique que pour le courant faradique. Au point de vue *mental*, Taurone ne présente aucune anomalie ; il est seulement un peu émotif.

Le malade commence le traitement le 20 décembre 1902. Il fait des exercices d'immobilisation et de mouvements ; de plus des exercices de lecture, d'écriture surveillées ; des exercices respiratoires, récitaions et narrations orales.

Tout le traitement est fait devant un *miroir*.

Au début, Taurone éprouve un soulagement bientôt suivi d'une exagération des mouvements. Puis l'amélioration continue, les progrès s'affirment chaque jour et à ce moment le malade quitte Paris pour la campagne. A cette époque, le torticolis s'exagère et il se produit une forte rechute ; les manifestations convulsives sont aggravées et surexcitation générale. Taurone quitte alors sa famille et fait une cure d'isolement et de repos au lit avec des exercices méthodiques de discipline psycho-motrice. Le malade reste dans un état presque stationnaire pendant un mois, puis arrive une phase d'amélioration très sensible, qui est bientôt encore suivie d'une rechute. Le torticolis est devenu un rétrocolis que ne calme pas le repos au lit. Enfin à partir du 24 février 1904, commence pour le malade une ère d'amélioration progressivement croissante. Les contractions diminuent de plus en plus et le torticolis pendant quatre mois semble disparaître ; on constate seulement un peu de tremblement de la tête ; puis un peu de raideur dans les mouvements de la tête et du cou.

Taurone reste ainsi pendant quatorze mois, et le 7 janvier 1906 il ne reste plus de trace apparente de torticolis, sauf une légère raideur de la tête et du cou qui s'atténue rapidement. Le malade est très satisfait du présent et confiant dans l'avenir. Le traitement est fini, mais il continue par habitude à exercer de temps à autre la surveillance motrice dont il a pu apprécier les bons effets.

Au commencement de l'année 1908, Taurone continue à se bien porter.

OBSERVATION IV

(Guibert (1).

M... André, cultivateur à S... (Vaucluse), est entré le 17 février 1891, à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier.

Les antécédents héréditaires sont nuls, au point de vue névropa-

(1) Revue de médecine, 1892, p. 317.

thique. La mère est morte de suite de couches ; le père, alcoolique, est mort subitement à l'âge de 55 ans.

M... n'a jamais commis d'excès et n'a jamais eu de maladies antérieures. C'est un homme fortement musclé, très actif et à la physionomie énergique.

Il y a quatre ans environ, en plein hiver, le malade, en sueur, entre dans un cabaret et reste pendant quelques instants à côté d'une porte ouverte, le côté droit de son corps exposé à un fort courant d'air. Il se produisit un léger malaise consécutif à ce coup de froid, et c'est environ quinze jours après que parurent les phénomènes que nous constatons encore aujourd'hui. *Pendant le repos*, la tête était brusquement attirée et tournée tantôt à droite, tantôt à gauche ; ces oscillations étaient assez rapides et s'accompagnaient d'une pénible sensation de tiraillement sur les parties latérales du cou et de la nuque. Sitôt que le malade faisait un mouvement ou un effort les mouvements de la tête disparaissaient.

Cet état persista environ un mois ; peu à peu survint une céphalgie très intense, qui disparut au bout de deux mois. A cette époque, les mouvements se limitent au côté droit, la tête attirée et fléchie vers l'épaule droite, le menton regardant l'épaule gauche. De plus, c'était surtout pendant la marche que ces oscillations se produisaient avec le plus de facilité.

Ce malade fit alors construire, d'après ses propres indications, un instrument destiné à empêcher ou à modérer ces phénomènes, mais il dut bientôt renoncer à son emploi, l'ayant reconnu absolument insuffisant.

Cet état persista jusqu'au mois de février 1891, époque à laquelle il entre dans nos salles.

Quant M... est couché, il peut remuer la tête dans toutes les directions et jamais la flexion ou la rotation de la tête ne se produisent. Dès qu'il se met à marcher assez longtemps pour amener une légère fatigue (dix minutes environ suffisent), on voit brusquement la tête se dévier : l'occiput est attiré du côté de l'épaule droite, qui est, elle aussi, un peu soulevée, la face regardant l'épaule gauche ; il semble, en un mot, que le malade *hausse les épaules* en signe de mépris ou de dédain. En même temps, la commissure labiale est légèrement tirée en dehors.

Cette déviation ne se produit pas assez brusquement pour que le

malade, instruit et guidé par l'expérience, ne puisse quelquefois arriver à l'éviter ou à la faire disparaître en portant brusquement la main à sa tête, comme pour lui donner un point d'appui ou la soutenir. Lorsque ce stratagème ne réussit pas, la rotation et la flexion se produisent avec une force irrésistible et durent rarement plus de cinq secondes.

A ce moment, le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze droit sont durs, tendus ; le peaucier du même côté est lui aussi animé de faibles contractions fibrillaires. En même temps se produit une pénible sensation de crampe et de fourmillement occupant la région latérale du cou. Jamais nous n'avons noté de phénomènes analogues du côté opposé. Quelquefois ces contractions, ces crampes, se produisent avec une très grande fréquence, sept ou huit fois à la minute, mais *toujours pendant la marche et les mouvements volontaires*.

La réaction électrique des muscles intéressés est parfaitement normale.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité et de la peau, ni aucun affaiblissement de la motilité du côté droit, et nous n'avons jamais constaté chez notre malade l'existence de stigmates hystériques.

Le traitement employé a été des plus variés. L'antipyrine donnée pendant plus de vingt jours à dose quotidienne de deux grammes n'a nullement amélioré les phénomènes spasmodiques ; le bromure n'a pas eu plus de succès ; l'application de cataplasmes chauds préconisée par le docteur Krüger n'a pas amené de modifications visibles. Enfin les courants interrompus appliqués tous les jours sur la région postéro-latérale du cou semblent seuls avoir donné quelques résultats ; sous leur influence, les crampes paraissent se produire moins fréquemment. M... a été, en désespoir de cause, envoyé aux bains de Lamalou ; les renseignements que nous avons, depuis cette époque, reçus du malade lui-même ne signalent qu'une amélioration des plus légères.

OBSERVATION V

(MM. Sicard et Descomps.— Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, t. XX, p. 459-460, année 1907.

M. B..., âgé de 44 ans, a vu son affection débiter au mois de septembre 1905. D'un naturel violent, coléreux, le malade avait eu à cette époque des chagrins, des ennuis graves ; la mort de sa femme, survenue quelque temps avant, ne fit qu'augmenter sa tristesse.

A ce moment, son torticolis était peu accusé et la déviation de sa tête à gauche était légère, quoique déjà permanente. Mais bientôt, progressivement, la déviation s'exagère et atteint au bout de 2 mois environ son maximum. Mais, dès ce moment, cette violente action musculaire est corrigée par une réaction légère : l'apposition de deux doigts de la main gauche derrière la tête dans la région occipitale, suffit à faire disparaître le spasme, qui réapparaît dès que le malade fait cesser l'action de sa main gauche. C'est là, dans cet état, que B... entre dans le service du professeur Brissaud, à l'Hôtel-Dieu, fin 1906. Dès ce moment, ce torticolis apparaît indépendant de toute perturbation pyramidale, du moins cliniquement. Les réflexes tendineux sont faibles, tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, et cela d'une façon symétrique. Il n'existe pas de signe de Babinski, ni de flexion unilatérale de la cuisse et du bassin. Les pupilles réagissent bien et le liquide céphalo-rachidien est normal.

Mais à ce moment une modification survient et au torticolis permanent viennent s'ajouter par instant des secousses spasmodiques qui projettent violemment la tête en arrière, en extension forcée.

Sur l'insistance du malade, on applique une minerve plâtrée.

L'appareil est gardé trois semaines. Lorsqu'on l'enlève, la position vicieuse primitive réapparaît aussitôt.

On tente alors, après mise à nu de la branche externe du spinal, l'injection d'alcool à 90° dans le tronc de ce nerf. Après cette intervention, une amélioration réelle paraît se dessiner. Elle persiste pendant environ 3 semaines. Mais au bout de ce temps les phénomènes spasmodiques se révèlent plus intenses que par le passé, et au torticolis primitif fait place un « rétrocolis » permanent avec contractions paroxystiques très rapprochées des muscles de la nuque, projetant violemment la tête en arrière. Nous refusons de donner notre consentement à une nouvelle intervention chirurgicale que sollicite le malade. B... quitte alors l'Hôtel-Dieu et entre à l'hôpital Boucicaut, où sur les instances du malade et pour essayer de remédier à cette lamentable situation le chirurgien propose la section des muscles de la nuque. La nouvelle opération est pratiquée et l'on sectionne la portion occipitale du trapèze, le splénius, les grands complexes, les petits complexes, les obliques inférieurs.

Deux mois après, soit en septembre 1907, B..., entre de nouveau à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Brissaud. Il vient nous faire part de ses mécomptes opératoires. Le malheureux, balafré et couturé, n'a retiré aucun bénéfice de la dernière intervention sanglante. L'épaule droite surélevée, il présente toujours le même rétrocolis avec une légère déviation de la tête à gauche. Mais, en outre, la tête privée de l'aide puissante des muscles de la nuque tend continuellement à tomber en arrière et les efforts incessants que fait le malade pour la retenir lui causent un supplice épouvantable et continu.

L'état des réflexes tendineux est resté le même; en effet, les réflexes brachiaux, rotuliens sont très faibles, les achilléens à peu près nuls. Un examen soigneux et méthodique ne décèle aucune perturbation du faisceau pyramidal. Depuis le retour du malade à l'Hôtel-Dieu nous essayons la psychothérapie et les exercices de gymnastique comprenant tous les mouvements de l'extrémité céphalique selon la méthode de notre maître Brissaud. Les résultats, sans être bien remarquables, sont déjà appréciables et le mieux est manifeste. Arriverons-nous à guérir complètement le malade? Nous n'osons l'espérer, surtout après les brèches irréparables des

chirurgiens ! Nous ne désespérons pourtant pas, « car, comme le dit M. Brissaud, ici patience et longueur de temps font plus que force interventions ni que rage opératoire. »

OBSERVATION VI

(Service de M. le professeur Combemale, thèse de M. Coudmont)

V... Julien, âgé de 55 ans et employé dans une filature de lin. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Il n'a pas eu à sa connaissance de maladies vénériennes. Il a toujours fait preuve d'une irritabilité spéciale : la moindre émotion a sur lui un retentissement moral considérable et une observation au sujet de son travail lui cause de grands soucis. Marié jeune, à 22 ans, mais n'ayant pas fait souche, il a éprouvé un grand chagrin à la mort de sa femme, époque qui remonte à 15 ans. Depuis ce temps, il vit seul, et se livre à des excès alcooliques. Tous les lundis, il est en état d'ivresse. Il s'étonne d'un tremblement continu des membres supérieurs, et il lui est très difficile de tracer sur du papier des lignes régulières. D'une intelligence très moyenne, il ne sait ni lire ni écrire et n'a aucune ambition.

Il y a 3 ans, un jour où il avait fait de trop nombreuses libations, il est renversé sur la chaussée par une automobile. Il reste sans connaissance sur le pavé et est transporté à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le docteur Duret. On constate un décollement du cuir chevelu sur la partie du crâne sus-jacente au lobe occipito-temporal gauche ; à droite le pavillon de l'oreille est rabattu en amont, et une plaie du cou d'une hauteur de 7 centimètres, allant jusqu'à l'aponévrose superficielle, intéresse la région cervicale. Le tout est recousu et désinfecté. Le lendemain et les deux jours qui suivent, le sujet présente une crise violente de delirium tremens. On désespère de le sauver, quand tout se calme au troisième jour.

A dater de ce moment le malade a de l'amnésie rétrograde. Durant six mois, il oubliera tout ce qui concerne les actes de sa vie passée, vivant d'une vie végétative, oubliant même de pourvoir à son entretien physique. On le nourrit par gavage. Il reste hébété dans le lit, mais cette tranquillité apparente est fréquemment interrompue par une phobie : il aperçoit une automobile qui menace de l'écraser. Il pousse un cri, ne se calme que si l'on approche de lui. Il expose alors très clairement et d'une voix intelligible ce qui est le sujet de ses craintes. On le rassure, et il retombe dans son immobilité.

Enfin, au bout de six mois, la mémoire revient, mais la crainte de l'accident est persistante. Une cicatrice, à la région cervicale droite, inquiète le malade. Elle est, selon lui, le siège de douleurs et de tiraillements continus. Elle le gêne dans les mouvements du cou ; et le sujet perd l'habitude d'incliner la tête de ce côté. A peine a-t-il relevé la tête en position normale, qu'il la ramène dans la position inclinée, d'un mouvement brusque, par une contraction du peaucier et du sterno-cléido-mastoïdien. En même temps, s'effectue un léger mouvement de rotation du cou ; parfois la commissure des lèvres du côté opposé est relevée par contraction des zygomatiques. Dans tous les cas, le frontal produit une élévation des paupières supérieures. Malgré la fréquence de ces mouvements, le malade peut donner à la tête, sous l'impulsion manuelle, toutes les inclinaisons les plus diverses, sans douleur, sans gêne et sans sensation de tiraillements au niveau de la cicatrice. Celle-ci d'ailleurs n'intéresse que la peau. Les muscles ne semblent pas atrophiés. Le sterno-cléido-mastoïdien est semblable à celui du côté opposé.

Le malade ne peut pas altérer le rythme de son tic. Sous l'effort fait pour l'entraver, il devient plus étendu, et lorsque le sujet se sent l'objet de l'attention des personnes qui l'entourent, le tic redouble d'activité. L'intelligence reste intacte. Nous sommes éloignés de trois ans de l'époque de l'accident, et les phénomènes ne se sont pas aggravés. Le malade a dû renoncer à son emploi, car il s'est adjoint un trouble nouveau à son état mental. Il présente de l'agoraphobie ; les grands espaces l'effraient. Il rase les murs dans la rue, et s'il traverse les places, ce ne peut être qu'au bras d'une personne de bonne volonté. C'est toujours l'effroi de la voiture qui règle son

acte. Peu à peu, cette crainte de l'espace vide s'est accentuée. La salle d'hôpital elle-même lui paraît vaste. Il a des vertiges fréquents et le souvenir de son accident suffit à les provoquer. Tout travail manuel lui est interdit, et son patron, dans la crainte d'un accident, l'a congédié.

Découragé par les avatars que lui provoque ce tic, découragé surtout par l'impuissance qu'il ressent à le corriger, le malade demande son admission dans un service d'incurables.

Rien à noter du côté de l'appareil oculaire, qui est intact. Pas de strabisme (Walton), pas de paralysie des muscles du globe oculaire (Nieden). Il n'y a pas non plus de lésions auriculaires. Pas de troubles du côté de la sensibilité. L'appareil moteur est intact ; les réflexes sont normaux. Le signe de Babinski n'existe pas. La marche est normale, et il n'y a balancement qu'au moment de la production du ~~vertige~~ ; pas de signe de Romberg. Le tremblement des mains est continu, à petites oscillations, rapides sans exagérations sous l'effort de la volonté et sans correction possible. Pas de mouvements fibrillaires de la langue, pas de spasme en dehors des muscles intéressés par le tic. Le malade ne renverse aucun des objets qu'il porte à la bouche. Pas d'atrophie musculaire. Les sphincters sont normaux. L'appareil digestif fonctionne bien : l'appareil respiratoire est bon. Le cœur est normal et les artères radiales sont dures. Le pouls est fort et bondissant. Les urines sont abondantes ; le taux de l'urée n'est pas modifié.

Pendant son séjour à l'hôpital, on essaie la méthode curatrice de Brissaud, méthode basée sur des procédés purement psychiques. On applique sur la région cervicale droite de l'éther picriqué et on ordonne au malade de rééduquer ses muscles. Pour cela, sous l'impulsion manuelle, on change l'inclinaison de la tête. On la maintient ainsi, en lui faisant fixer un objet de façon à détourner son attention de l'objet qui occasionne le tic. Lui-même, très docilement, répète des manœuvres de flexion et de rotation dans la journée. Il cherche à mobiliser la tête dans une position normale. Au bout de huit jours, il nous semble que le tic veut dévier de son genre. Le torticolis est remplacé par un rétrocolis. Maintenant le malade projette en arrière la tête, qui, dit-il, est entraînée par une contraction musculaire. Une nouvelle rééducation est entreprise dans ce sens. Il semble, après quinze jours, que les résultats sont

favorables. Le tic est plus rare, plus limité sous l'influence d'un effort d'attention soutenu.

Mais le malade quitte l'hôpital pour une durée de dix jours. Il nous revient avec une inclinaison de la tête plus forte qu'auparavant. L'agoraphobie a augmenté. La cause de cette recrudescence des phénomènes est purement d'ordre moral. Ne pouvant régler les frais de location d'une chambre, il est sans asile. Son admission dans un hospice est retardée, et le voilà de nouveau sous l'impulsion dominante de la cause qui a réglé son tic et sa phobie.

OBSERVATION VII

Thèse de P.-A. Montaigne, Lille)

D. M., 27 ans. — Père fortement alcoolique, mère morte en couche. Un frère et deux sœurs bien portants. Personne dans sa famille ou chez ses collatéraux n'aurait jamais présenté quoi que ce soit de névropathique.

Elle-même très nerveuse, très impressionnable, n'a jamais eu de convulsions dans sa jeunesse ni de crise de nerfs. Elle a été atteinte d'une pneumonie droite à l'âge de dix-sept ans, elle est sujette aux névralgies faciales, aux migraines, aux épistaxis abondants. Elle jouit d'une mémoire excellente. Il y a un peu plus de deux ans, elle remarqua quelques mouvements involontaires de la narine gauche, consistant en mouvement de froncement qui durèrent environ dix-huit mois et disparurent ensuite complètement.

Etat actuel. — On constate une dépression faciale droite assez prononcée. Il n'y a pas de diplopie, ni de dichromatopsie, ni de rétrécissement du champ visuel. On trouve sur quelques points de l'avant-bras des zones où la sensibilité est diminuée. L'anesthésie pharyngée est complète, mais il n'y a pas de points hystérogènes douloureux. Il y a un peu de tremblement des mains et surtout des doigts. Il n'y en a point aux membres inférieurs, le réflexe rotulien gauche est exagéré.

Le fait principal est que depuis sept ans, à la suite d'une frayeur causée par la vue d'un incendie, elle perdit complètement la voix pendant trois semaines, puis l'aphonie disparut peu à peu. C'est à partir de ce moment qu'elle s'aperçoit que sa tête a une tendance invincible à s'incliner à droite et subit en même temps un mouvement de rotation qui porte le menton à mi-chemin entre l'épaule gauche et le sternum. En outre, elle subit un mouvement d'oscillation continu. Si elle essaie de la ramener volontairement à l'état normal, le menton revient à sa place et l'inclinaison sur l'épaule disparaît, tandis que le mouvement d'oscillation ne fait que s'accroître ; elle ne parvient à corriger complètement son attitude vicieuse qu'en s'aidant de l'index gauche, et cela elle le fait facilement sans douleur, sans déployer aucune force, et elle peut maintenir ainsi la tête aussi longtemps qu'elle le veut. Si nous essayons de la ramener nous-même à l'état normal, nous éprouvons au contraire une assez grande résistance et nous sommes obligé, pour arriver au but, de déployer une force de beaucoup supérieure à celle qu'elle déploie elle-même.

La nuit, cet état persiste et elle est toujours obligée de rester couchée, la tête appuyée sur le côté gauche. En outre, elle ajoute que, lorsqu'elle aperçoit quelqu'un dont la tête est animée de tremblement, son état ne fait que s'accroître et elle est obligée, pour y remédier, de chercher à l'éviter du regard.

La région du cou est le siège habituel de douleurs sourdes qui s'irradient tout le long du trapèze droit et du sterno-cléido-mastoïdien droit. Ces douleurs augmentent à l'occasion de mouvements volontaires mettant ces mêmes muscles en contraction.

Les divers traitements auxquels s'est soumise la malade jusqu'à présent et qui ont consisté uniquement en administration de bromure et en application de drap mouillé n'ont amené aucun changement dans son état : elle prétend même qu'ils l'ont aggravé. Elle se soumet alors au traitement par le massage, l'électricité statique, et surtout elle s'applique à la rééducation des mouvements. Ceci fait avec une persévérance remarquable pendant deux mois, amène une amélioration notable ; la malade parvient à maintenir la tête complètement droite pendant une grande partie de la journée et les mouvements oscillatoires ont considérablement diminué d'amplitude. Ils ne sont véritablement apparents qu'à l'occasion d'une

émotion ou d'une contrariété. Malheureusement vers la fin du mois de mai, à la suite d'un accident survenu subitement dans sa famille (elle venait d'apprendre par dépêche qu'on allait couper la jambe de sa belle-sœur), elle éprouve une telle émotion que le lendemain la rechute était complète. De plus, ayant été atteinte quelque temps auparavant de troubles gastriques qu'elle attribue à ce que « la maladie du cou s'est portée sur l'estomac », elle veut cesser tout traitement. Néanmoins elle cède aux instances qui lui sont faites, et, au bout de quinze jours, l'amélioration était de nouveau évidente. Actuellement, le mouvement de rotation a presque complètement disparu : le mouvement d'oscillation seul persiste encore, mais il est notablement diminué et n'est guère perceptible qu'à l'occasion d'une émotion.

OBSERVATION VIII

G. Scherb, d'Alger. — *Revue neurologique* de 1902, p. 841)

« Au commencement de juillet 1902, se présentait à moi une femme de 52 ans, Françoise V..., la tête raide, immobile, figée. Cette attitude bizarre, comparable à celle que prend un malade atteint d'un mal de Pott cervical ou sous-occipital, contrastait avec une marche aisée et l'habitus de la meilleure santé physique.

Je priai cette femme de tourner la tête, et je la vis se tourner elle-même, cherchant par une mimique grotesque à empêcher le moindre mouvement de la tête.

Que l'on imagine tous les efforts et toute l'attention apportés pour faire tenir une boule en équilibre sur un bâton, et l'on se rendra compte, avec les grimaces en plus, un air déconfit et craintif, de toute la peine que cette étrange malade manifestait à chaque mouvement de la tête. Je la priai d'enlever son mantelet et son corsage, et je vis débiller deux cercles en carton, en forme de cols

anglais, destinés à caler la tête sous le menton et l'occiput. A dater de ce déballage, la situation devient tragi-comique. La tête tombe en avant ; une série de contractions musculaires la redressant, elle s'incline sur le côté, et ainsi de suite. Les oscillations se font dans tous les sens. Et, chose curieuse, il y a plus de grimaces que d'efforts vrais. La face et le peaucier du cou traduisent des efforts surhumains, alors que les trapèzes, les sterno-mastoïdiens traduisent à peine l'effort d'un mouvement banal. J'ai hâte de dire qu'il n'y a aucun trouble sensitif, qu'il n'y a pas de mal de Pott, que, saisissant la tête à pleines mains, je lui imprime, sans douleurs, sans craquements, tous les mouvements dans toute leur amplitude. Et, dans le même temps, plaisantant la malade, provoquant le rire, je la vis tourner d'elle-même sa tête, gracieusement l'incliner avec la mimique la plus naturelle. La simple distraction faisait évanouir tous ses spasmes comme par enchantement et montrait la puérile et grotesque inutilité de ses deux cols de carton.

Pendant la malade se rend compte de son état, elle en souffre, elle a une peur horrible que l'on ne s'en aperçoive. On a dit que le ridicule était le comique qui s'ignore. Elle n'est donc pas ridicule, mais digne de la plus grande pitié, car comique, elle sent ce qu'elle présente de comique et en souffre. Et de là est né un état mental bizarre fait de crainte du voisin, d'idées de persécution, d'émotivité exquise, et un véritable cercle vicieux des spasmes à la crainte du ridicule, de celle-ci aux spasmes.

Ces spasmes sont devenus fonction de sa vie ; depuis neuf ans qu'ils se sont développés, ils ne l'ont guère quittée que pendant le sommeil, ils accaparent et dominent toute sa vie psychique ; aucun effort personnel ne les peut maîtriser, ils poursuivent la malade dans tous les actes de la vie ; ils ne cessent que sous l'influence d'une distraction extérieure, quand, malgré elle, un spectacle poignant ou un propos plaisant impriment à cette malheureuse les attitudes involontaires de la tristesse ou du rire.

Quand elle veut écrire, elle doit se fixer un bâton dans le dos à la ceinture et, à la hauteur de la tête, un mouchoir noué autour du front la maintient ainsi comme à une potence... et l'empêche de tomber.

Vent-elle lire ? Elle s'accoude sur une table et se cale le menton sur une boîte en bois de quinze centimètres de hauteur, construite

ad hoc usum. Veut-elle manger ? La main gauche vient au secours de la potence et soutient la tête, qu'elle incline sur le côté gauche pour permettre libre jeu au membre supérieur droit.

Tout cela, sans préjudice des cols de carton qu'elle porte constamment autour de son cou.

Va-t-elle à la fontaine de son jardin chercher de l'eau (elle habite à la campagne), pendant que le bras droit manie la pompe, le gauche soutient la tête.

Et c'est la peur continue qui la hante de voir le cou se casser, la tête tomber, qui constitue l'idée fixe mère de toutes ces phobies et de tous ces subterfuges et artifices de statique.

Mais qu'est-ce qui a, peu à peu, fait naître cette idée fixe ?

A 42 ans, Françoise V..., atteinte de rhumatismes dans le bras droit, acheta, sur la foi de réclames alléchantes, des plaques électro-galvaniques qu'elle se plaça sur le bras. L'effet fut merveilleux. Cependant, la douleur se déplaçant et occupant la nuque, elle en mit aussi à cette région, et c'est peu à peu, à dater de cette application, que les craintes de voir la tête tomber, encore que les douleurs eussent disparu, que ces attitudes bizarres se réalisèrent.

Eut-elle simplement à l'origine la préoccupation de ne pas se déplacer, de ne pas voir tomber ces plaques miraculeuses, je ne le sais vraiment, et la malade est vague, obscure dans ses souvenirs et ses déclarations. Cette transformation des préoccupations se serait au moins passée inconsciemment. La peur de voir tomber les plaques se serait muée, peu à peu, à la peur de voir fléchir le cou, puis tomber la tête. Ici, je n'ai pu tirer au clair cette évolution mentale, et il s'est fait un travail psychique obscur, inconscient, comme se crée une habitude. La genèse exacte de l'idée fixe a donc échappé à la malade, et je ne puis me livrer qu'à des suppositions, encore que très vraisemblables.

Cette malade n'est pas une hystérique. Elle n'en présente aucun stigmate. Ses antécédents héréditaires ne dénotent aucune tare nerveuse appréciable. Ses sept frères vivants ne sont nullement des névropathes. Elle-même ne présente aucun des attributs physiques de la dégénérescence. Mais elle a eu de grands malheurs, a perdu trois enfants et a dû, veuve, accepter, pour vivre, le logis et la vie d'un homme de vingt ans plus âgé qu'elle, fuir son pays et se retirer dans un isolement absolu. Dans cette solitude de la campa-

gne, des idées de persécution se sont maintes fois manifestées, avec accusations aussi puériles qu'imprécises, et tout actuellement conspire à sa perte, d't-elle : la bonté affectée et traîtresse de son bienfaiteur, la haine déguisée des voisins, la solitude affreuse des champs, l'éloignement du pays natal — où elle sent qu'elle guérirait — et la réprobation qu'elle y penserait cependant encore rencontrer. »

OBSERVATION IX

MM. Pierre Marie et Georges Guillain. — *Revue neurologique* de 1902, p. 351

« Le malade que nous présentons à la Société de neurologie est un homme de 49 ans, venu il y a quelques semaines à l'hospice de Bicêtre et qui offre à considérer une série de mouvements spasmodiques. On voit, en effet, en l'examinant, que la tête est animée de secousses qui déterminent sa rotation successivement à droite et à gauche. Maintient-il sa tête entre ses mains, il a quelques secondes de tranquillité, mais les mouvements anormaux reprennent rapidement. Un geste assez habituel du malade consiste à porter la main gauche vers la face dans le but d'obtenir l'immobilité de la tête.

Au niveau du membre supérieur droit et du membre supérieur gauche, on voit aussi des mouvements brusques, saccadés, intermédiaires entre le tremblement et les mouvements choréiformes.

Chez cet homme les différents réflexes sont normaux, le réflexe cutané plantaire en particulier amène bilatéralement la flexion des orteils. Aucun stigmatisme d'hystérie ne peut être décelé. L'affection actuellement constatable a débuté chez ce malade en l'année 1879. Sans aucun motif de lui connu, sa tête aurait commencé à trembler et à se porter incessamment vers la gauche. A cette époque, M. Desprès, à l'hôpital Cochin, aurait fait la section d'un tendon du sterno-mastoïdien. Cette opération n'empêcha pas la tendance permanente de la tête à se porter vers la gauche. Le phénomène depuis lors a persisté, mais depuis deux années les mouvements

spasmodiques du cou ont augmenté d'intensité, si bien qu'aujourd'hui le malade est incapable de lire ; de plus, dans les deux bras sont apparus aussi, il y a deux ans, les mouvements que nous constatons aujourd'hui.

Il semble bien, étant donné chez ce malade l'attitude générale, étant donné le geste à lui spécial de chercher à maintenir sa tête avec sa main, geste que l'on a souvent signalé dans les cas de torticollis mental, il semble bien qu'il s'agisse ici d'une variété de torticollis spasmodique avec mouvements de même nature et de même origine dans les membres supérieurs. Si nous ne retrouvons dans les antécédents personnels de ce malade aucun signe de névrose ou de tare nerveuse acquise, il convient d'ajouter que son grand-père aurait eu durant dix années un tremblement de la tête, des bras et des jambes, sur la nature exacte duquel le malade ne peut nous donner des renseignements plus précis. De plus, sa mère aurait eu de fréquentes crises nerveuses convulsives. Notre malade a donc des tares nerveuses héréditaires, et sans doute faut-il voir dans ce fait une des causes des phénomènes actuellement constatés. »

OBSERVATION X

(MM. E. de Massary et J.-P. Tessier. — *Revue neurologique* de 1904, n° 24, 30 décembre.)

F. C..., femme de 32 ans, entrée à l'hôpital Laennec pour un torticollis dont elle souffre depuis deux mois et demi. C'est exactement le 15 septembre que cette malade ressentit pour la première fois une vive douleur au niveau des attaches supérieures du muscle trapèze du côté gauche ; elle se frictionna avec des substances diverses, mais sans succès, et constata que sa tête oscillait peu à peu vers la gauche sans pouvoir la retenir ; le véritable torticollis fut constitué en trois semaines.

Actuellement le torticolis est permanent, c'est-à-dire que jamais la tête n'est dans une situation normale ; mais il y a cependant des périodes de calme et des périodes de contracture. Pendant la période de calme, la pointe du menton est tournée à droite et en haut, l'occiput attiré en bas et à gauche ; les muscles de la région cervicale gauche, le trapèze particulièrement, sont en tension et agités de contractions légères et rapides ; ces secousses se sentent et se voient même parfaitement. C'est pendant ces périodes de calme que la malade peut, elle-même, avec ses doigts de la main gauche seulement, appuyés sur la région occipitale, reporter sa tête à peu près dans l'axe normal ; dès l'apposition des doigts sur l'occiput, les muscles cervicaux se détendent.

De temps en temps, plus ou moins rapprochés suivant le degré d'émotivité de la malade, éclatent les accès de contracture : le menton se porte alors au maximum en dehors, c'est-à-dire en haut et à droite, l'occiput est attiré violemment en bas et à gauche ; en même temps apparaissent des douleurs vives au niveau des insertions musculaires sur l'occipital, surtout au niveau des insertions du trapèze, dans un point bien localisé, que la malade désigne du doigt ; des craquements sont perçus, mais non douloureux ; les muscles sont contracturés à l'excès. La malade présente alors tous les symptômes de l'anxiété la plus vive. Pendant ces véritables crises, le subterfuge employé par la malade pour maintenir sa tête, le geste antagoniste, est insuffisant ; les deux mains sont appliquées de chaque côté de la face sans parvenir toutefois à corriger efficacement la situation vicieuse de la tête.

Tel est le torticolis dont souffre notre malade, il constitue toute la maladie ; cette malade est nerveuse, cela est évident, irritable, vive de caractère ; elle a des colères subites qu'elle oublie quelques instants après ; mais ce n'est pas une hystérique, aucun stigmate ne permet de le soupçonner ; ce n'est pas non plus une aliénée, car elle n'a aucune idée de persécution, aucune idée mélancolique, aucune tendance hypocondriaque, etc. Mais un fait est à noter : il y a un certain nombre d'années (de cinq à dix) notre malade connut une couturière qui avait un torticolis maintenu par un appareil ; ce torticolis l'avait beaucoup frappée et ce souvenir la hantait ; depuis deux ans même elle y pensait davantage, car elle avait elle-même un « petit tremblement de la tête qu'on ne voyait qu'en y

portant attention ». Nul doute que ce souvenir, quelque peu obsédant, n'ait aidé la douleur éprouvée dans la nuque le 15 septembre dernier pour installer le torticolis actuel ; mais est-il seul en cause ?

Si notre malade n'a aucune affection organique du système nerveux, il faut cependant relever chez elle une hyperexcitabilité réflexe considérable : les réflexes rotuliens, les réflexes de l'avant-bras, les réflexes du bras, à droite et à gauche, sont accrus à tel point que l'absence de clonus semble paradoxale ; le réflexe masséterin lui-même rappelle celui de la sclérose latérale amyotrophique ; quant aux orteils, ils sont immobiles ; l'excitation cutanée plantaire ne détermine aucun mouvement. Les réflexes iriens sont normaux à la lumière et à l'accommodation ; mais la pupille droite est un peu plus grande que la gauche et ovalaire (à noter incidemment que la syphilis ne peut être démontrée).

OBSERVATION XI

Henry Meige. — *Revue neurologique*, n° 1. 15 janvier 1909, p. 4)

En 1904, Mme L..., âgée de 36 ans, d'origine suédoise, vient me consulter pour un torticolis dont elle est atteinte depuis plusieurs années. D'après elle, la première manifestation de cette maladie remonte à environ 5 ans (1899). Au cours d'un voyage, elle remarqua qu'aux repas, lorsqu'elle portait la main à la bouche, sa tête avait tendance à tourner vers la gauche : rotation passagère, intermittente, accompagnée de légères secousses oscillatoires, de courte durée. Pendant quelques jours, elle en fut gênée et préoccupée ; puis, cette incommodité s'atténua jusqu'à disparaître.

Un an plus tard, en 1905, lisant dans son lit, Mme L... ressentit une contraction involontaire des muscles du cou ; sa tête se porta de nouveau vers la gauche et resta même dans cette position un certain temps. Inquiète de ce geste insolite, elle s'observa avec soin, remarqua que des craquements se produisaient dans sa nuque et

même que son cou était devenu plus gros du côté gauche. Cette grosseur la préoccupa beaucoup. Mais craquements et grosseur ne durèrent qu'une huitaine de jours, et tout disparut, cette fois, pendant deux années environ.

Il y a deux ans, en 1902, Mme L... se trouvait en tramway, quand elle s'aperçut soudain qu'elle ne pouvait plus tourner spontanément la tête à droite ; pour y parvenir, il fallait l'aide de l'une ou de l'autre main.

Cet état dura quelque temps, puis cessa à l'occasion d'un voyage que la malade fit dans son pays natal.

Elle eut plusieurs mois de répit. Mais au mois de septembre 1903, au cours d'un nouveau voyage, à Rome cette fois, le torticolis reparut. Mme L... vint passer deux mois à Paris, et, pendant ce temps, le torticolis ne fit que s'accroître : elle était obligée de maintenir constamment sa tête avec sa main ou avec son manchon, ou bien elle l'immobilisait à l'aide d'un col de fourrure très haut. Et non seulement la tête était fortement déviée vers la gauche, mais l'épaule gauche se portait en avant, le torse était de travers. « En marchant, disait-elle, j'avais l'air d'une bossue. »

Le 1^{er} février 1904, elle revint à Rome ; là, elle fut de plus en plus incommodée par son torticolis. On lui conseilla l'électricité ; elle suivit plusieurs sortes de traitements électriques : aucun ne lui donna des résultats appréciables. Mme L... croit même que l'électricité eut pour effet d'aggraver son état. Cependant, elle ajoute qu'à la suite de la toute première séance d'électricité elle est restée pendant plusieurs heures complètement débarrassée de son torticolis ; elle se croyait guérie ; mais la rotation de la tête recommença bientôt.

Un confrère italien eut l'idée de lui faire porter une minerve destinée à maintenir la tête dans la rectitude. Elle ne toléra cet appareil que pendant deux ou trois jours ; c'était un vrai supplice ; elle y renonça, d'ailleurs, avec l'assentiment de son médecin, et c'est sur le conseil de ce dernier, qu'elle revint à Paris pour me demander avis.

Examen. — 6 juillet 1904. — La santé générale est bonne. Le sommeil bon également ; avant de s'endormir, la malade a de la peine à trouver une bonne position de repos ; elle n'y parvient qu'en calant sa tête avec des oreillers.

Aucun mouvement anormal pendant le sommeil. Mais, dès le matin, au réveil, le torticolis apparaît.

Il varie d'intensité, suivant les jours et suivant les circonstances, sans qu'on puisse toujours dépister les causes d'aggravation ou d'amendement. M^{me} I... reconnaît, d'ailleurs, que son torticolis peut disparaître complètement sous l'influence d'une vive préoccupation : ainsi, au cours d'un voyage avec une amie, celle-ci ayant perdu sa bourse, M^{me} I... put se croire débarrassée de son torticolis pendant tout le temps qu'elle fut occupée par cet incident. M^{me} I... est toujours capable de tourner à volonté la tête vers la droite, et cela aussi loin qu'à gauche, mais elle ne peut rester longtemps dans cette position. Lorsqu'on lui demande de s'immobiliser de face, elle y parvient aussi ; mais, au bout de très peu de temps, la tête semble entraînée insensiblement vers la gauche, non par des secousses, mais par un mouvement de rotation régulier et lent, qui, paraît-il, est irrésistible. Cependant, un effort d'attention et de volonté suffit pour la ramener dans la rectitude. L'appui d'un doigt, si léger soit-il, donne le même résultat.

Mme I... éprouve une grande difficulté pour lire, pour écrire, pour manger. Aussi a-t-elle pris l'habitude de maintenir sa tête en l'appuyant, tantôt sur sa main droite, tantôt sur sa main gauche. Chez elle, en effet, le geste correcteur se fait aussi efficacement de la main droite que de la main gauche. Bien que la rotation involontaire de la tête ait lieu vers la gauche, la main appliquée sur la tempe droite arrête cette rotation. D'ailleurs, à droite comme à gauche, il suffit d'une pression insignifiante, la simple apparition du doigt, d'un manche d'ombrelle, sur le visage ou même sur un chapeau très instable, pour corriger la déviation.

Pas de troubles objectifs de la sensibilité. Aucune douleur dans la région du cou ou des épaules. Assez souvent, Mme I... souffre de douleurs névralgiques siégeant dans la région fronto-temporale gauche ; mais ces névralgies existaient longtemps avant l'apparition du torticolis, véritables migraines, survenant une ou deux fois par mois, avec photophobie, avec ou sans nausées, sans scotome ni bruits auriculaires, et généralement suivies le lendemain d'une sensation d'euphonie physique et morale (sensation de « renouveau », dit Mme I...). Actuellement, elle prétend éprouver une douleur vers le sommet de la tête, aux moments où le torticolis est le plus fort.

Objectivement, on ne constate aucune déformation du cou lorsque la tête est placée dans la rectitude. Pendant la rotation, on voit grossir, et l'on sent durcir, le muscle sterno-mastoïdien *droit*. En même temps, l'épaule gauche se soulève un peu. On sent nettement que le trapèze *gauche* entre en contraction ; mais ces déformations ne sont pas permanentes.

Les réflexes patellaires sont égaux et normaux. Pour les réflexes olécrâniens, à peine peut-on remarquer, encore le fait n'est-il pas constant, une très légère brusquerie à gauche.

A cette description, on reconnaît tous les caractères du torticollis mental de Brissaud.

La malade fut soumise à un traitement rééducatif, par la discipline psycho-motrice. Elle a paru en comprendre le but et les moyens. Elle dit, et se rend très bien compte, que la préoccupation de son torticollis est plus pénible pour elle que le torticollis lui-même. Elle sent la nécessité de renforcer et de mieux diriger sa volonté, car elle reconnaît qu'elle est incapable de vouloir une même chose pendant longtemps.

11 juin 1904. — Le torticollis a subi déjà une amélioration appréciable sous l'influence d'un entraînement méthodique à l'immobilité et par la répétition d'exercices réglés. M^{me} I... peut conserver l'immobilité absolue pendant 10 secondes, tandis qu'il lui était impossible 8 jours avant, au début du traitement, de dépasser 2 secondes.

20 juin 1904. — Les progrès continuent ; la malade peut rester immobile, la tête dans la rectitude, pendant près de 30 secondes. La marche est plus correcte, M^{me} I... fait moins souvent usage de gestes antagonistes. Elle constate elle-même cette amélioration et son état mental en est heureusement influencé.

Juillet 1904. — Mécontente de son installation à l'hôtel, Mme I..., se plaignant de l'extrême chaleur, s'est installée aux environs de Paris. Enchantée de sa nouvelle résidence pendant les premiers jours, elle a bientôt trouvé des prétextes pour la quitter et elle est revenue à Paris.

Malgré les efforts qui sont faits pour varier les modalités du traitement, il n'est plus possible actuellement de fixer suffisamment l'attention de la malade.

Il lui est donc conseillé, vers la fin de juillet, d'aller faire un séjour au bord de la mer. Elle a passé huit jours sur la côte nor-

mande ; puis elle est revenue à Paris, se préparant à un grand voyage en Amérique et au Japon.

Elle est certainement améliorée ; son torticolis est beaucoup moins accentué ; l'immobilisation se fait avec aisance, les gestes antagonistes ont disparu. Mme I... est revenue me voir le 16 novembre 1908. Pendant les quatre années qui se sont écoulées depuis son dernier séjour à Paris (août 1904), elle a fait le tour du monde et séjourné successivement en Amérique, en Angleterre, en Italie, en Allemagne, en Suède, en Suisse, etc. Aux Etats-Unis, elle eut une courte rechute. Mais au Japon, le torticolis disparut graduellement.

Actuellement la malade semble complètement débarrassée de cet ancien torticolis. Elle se tient correctement, la tête droite ; les mouvements de rotation, de flexion et d'inclinaison de la tête se font avec aisance ; il serait difficile de retrouver la trace du torticolis si on ne l'avait pas connu. Cependant, quelques petits signes persistent encore : Dans le repos, la position de la tête est correcte ; mais le torse a une légère tendance à se tourner vers la droite, l'épaule gauche est portée en avant ; l'attitude générale est un peu raide. La rotation de la tête à droite se fait avec moins de souplesse et de précision qu'à gauche, mais cette différence échapperait à un observateur non prévenu, surtout si la rotation n'est pas très lente...

... Sur les parties latérales et postérieures du cou, on sent parfois de légers frémissements musculaires. Enfin, en examinant attentivement la malade, on constate l'existence d'un tremblement très menu de l'extrémité céphalique, lequel d'ailleurs n'est pas constant, et qui varie d'intensité d'un jour à l'autre, d'un instant à l'autre.

Ce symptôme est le seul résidu du torticolis ancien.

CONCLUSIONS

I. — Actuellement et après la revue d'ensemble que nous avons faite, le torticolis mental mérite une place à part dans la pathologie.

C'est une maladie qui a ses caractères propres, et qui se différencie nettement des autres torticolis.

II. — Il s'accuse par une contracture musculaire, qui produit la déviation de la tête. La profession du malade joue le plus grand rôle dans son mécanisme. Ces contractions sont exagérées ou diminuées par l'émotion ou la distraction. En général on ne trouve aucune douleur et le torticolis disparaît dans le sommeil. Le sujet a toujours un geste antagoniste efficace qui peut le faire disparaître.

III. — Mais dans un grand nombre de cas et en particulier dans notre observation I, l'état mental du sujet étant indemne, à la place de torticolis mental, il vaut mieux employer le terme de *torticolis psychique*. Car à l'origine de ces tics ce sont à proprement parler des troubles de psychisme inférieur que l'on retrouve.

Et pour se reporter au « polygone » de M. le professeur Grasset, nous pouvons facilement conclure que dans le torticolis tic, c'est le polygone qui est atteint fonctionnellement, ou qui est soustrait à l'action du centre O, ce centre O étant lui-même, comme chez notre malade, remarquablement indemne.

IV. — Le torticolis mental de Brissaud doit donc se diviser ainsi : *tic polygonal* et *tic psychique supérieur*, et à l'heure actuelle la théorie de M. le professeur Grasset semble la plus exacte.

V. — Affection tenace et presque incurable dans le second cas ; au contraire bénigne quoique tenace dans le premier cas et guérissant très bien ; tel est le pronostic.

VI. — C'est à rendre au centre O le rôle de direction qu'il doit jouer sur les centres polygonaux que doit s'appliquer le traitement : on y parviendra par la psychothérapie et le procédé du miroir.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 22 Mai 1909.

Pour le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Le Vice-Président,
S. DAUTHVILLE.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 21 Mai 1909.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

CONSIDÉRATIONS

SUR

E TORTICOLIS MENTAL

